

① 私がおせわになっている医療・介護の関係機関

医療機関 1			
医療機関の名称		担当医師のお名前	先生
所在地		電話番号	

医療機関 2			
医療機関の名称		担当医師のお名前	先生
所在地		電話番号	

医療機関 3			
医療機関の名称		担当医師のお名前	先生
所在地		電話番号	

薬局			
薬局の名称		担当薬剤師のお名前	
所在地		電話番号	

② 私がおせわになっている医療・介護の関係機関

訪問看護ステーション 1	
事業所名	電話番号

訪問看護ステーション 2	
事業所名	電話番号

ヘルパー事業所	
事業所名	電話番号

ケアマネジャー	
事業所名	電話番号
ケアマネジャーのお名前	

お問い合わせ

お名前



現在の

年月日

年月日

お問い合わせ用紙へお名前を修正する日

お問い合わせ
お名前を
修正する
お問い合わせ
お問い合わせ

お問い合わせ用紙へお名前を修正する日

大阪市中央区版 人生会議のつづき

お問い合わせ用紙へお名前を修正する日

このてちようにおこした私の思いは

このてちようにおこした私の思いは

につたえました

大阪市中央区版 人生会議のつづき
おもいをのこしつたえる おしえてちょう

発行：大阪市中央区保健福祉センター/大阪市中央区在宅医療・介護連携相談支援室
令和7年11月

③ 病名や余命のこと

告知について	私の思い
病名・余命を告知してほしい	<input type="checkbox"/>
病名のみ告知してほしい	<input type="checkbox"/>
告知しないでほしい	<input type="checkbox"/>
家族に任せる	<input type="checkbox"/>
その他 []	<input type="checkbox"/>

病名や余命以外にお医者さんから聞いておきたいこと



④ 延命治療のこと

延命治療について	私の思い
呼吸ができなくなったときの人工呼吸	
あらゆる状況において希望する	<input type="checkbox"/>
回復する見込みがあれば希望する	<input type="checkbox"/>
あらゆる状況において希望しない	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>
心臓が停止したときの心臓マッサージ および AED	
あらゆる状況において希望する	<input type="checkbox"/>
回復する見込みがあれば希望する	<input type="checkbox"/>
あらゆる状況において希望しない	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>



⑤ もしも 私が…

介護を受けたい場所	私の思い
自宅	<input type="checkbox"/>
自宅以外	<input type="checkbox"/>
特に希望はないため、家族に任せる	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>
介護の費用について	私の思い
自分の預金や年金	<input type="checkbox"/>
民間の保険	<input type="checkbox"/>
不足すれば援助してほしい	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>
認知症などで判断が困難になった場合の財産管理等	私の思い
配偶者や子どもに任せる	<input type="checkbox"/>
頼みたい人がいる 名前 ()	<input type="checkbox"/>
成年後見制度を利用する	<input type="checkbox"/>

⑥ そのときがきたら…

最期を迎える環境について	私の思い
住み慣れた自宅で最期を迎えたい	<input type="checkbox"/>
病院で最期を迎えたい	<input type="checkbox"/>
施設で最期を迎えたい	<input type="checkbox"/>
家族の判断に任せる	<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>

わたしの葬儀に関して気になること