

① 私がお世話になっている医療・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 私がお世話になっている医療・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	

私の思い



現在の

思いや考えが
変わったら、
いつでも変更
できます

年 月 日

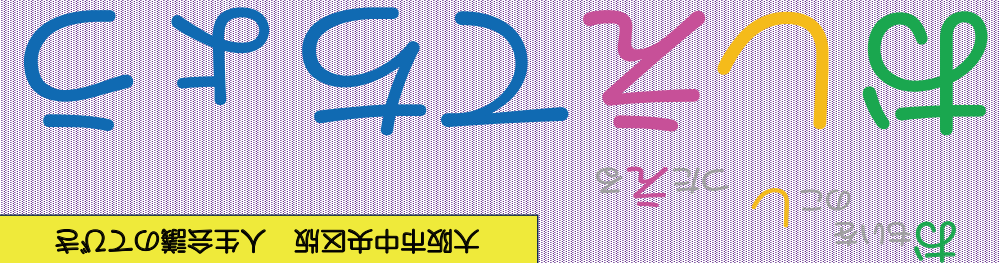
年 月 日

このてちょうに記入した内容を修正した日

このてちょうにはじめて記入した日

私

これは



大阪市中心部版 人生会議のてびき

このてちょうにのこした私の思いは

このてちょうに記入した内容を伝えたお相手

につたえました

大阪市中心部版 人生会議のてびき

おもいをのこしたえる おしえてちょう

発行：大阪市中心部保健福祉センター/大阪市中心部在宅医療・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