

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	



私の思いです

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
このてちょうに記入した内容を修正した日		
年	月	日
このてちょうにはじめて記入した日		

私

これは

おしえてちょう

おもいをのこした
る

大阪市中央区版 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

大阪市中央区版 人生会議のてびき

おもいをのこしたる 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6年9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	☐
病名のみ告知してほしい	☐
告知しないでほしい	☐
家族に任せる	☐
その他 	☐

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	☐
回復する見込みがあれば希望する	☐
あらゆる状況において希望しない	☐
その他 ()	☐
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	☐
回復する見込みがあれば希望する	☐
あらゆる状況において希望しない	☐
その他 ()	☐

⑤ もしも 私が…

介護を受けたい場所	私の思い
自宅	☐
自宅以外	☐
特に希望はないため、家族に任せる	☐
その他 ()	☐
介護の費用について	私の思い
自分の預金や年金	☐
民間の保険	☐
不足すれば援助してほしい	☐
その他 ()	☐
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	☐
頼みたい人がいる 名前 ()	☐
成年後見制度を利用する	☐

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	☐
病院で最期を迎えたい	☐
施設で最期を迎えたい	☐
家族の判断に任せる	☐
その他 ()	☐

わたしの葬儀に関して気になること