



このシートを記入した人が本人以外の場合

関係・お名前のご記入をお願いします。

本人との関係: _____

お名前: _____

企画制作：都島区在宅医療・介護連携推進協議会

一般社団法人都島区医師会、一般社団法人都島区歯科医師会、都島区薬剤師会、都島区地域包括支援センター、都島区北部地域包括支援センター、都島区居宅介護支援事業者連絡会、みやこじま訪看ネット、都島区ヘルパー連絡会、都島区保健福祉センター、都島区在宅医療・介護連携相談支援室、大阪市立総合医療センター

発行：一般社団法人都島区医師会 都島区在宅医療・介護連携相談支援室

①山折

もしもの時に伝えるシート

裏面もご記入の上、四つ折りにして
お薬手帳と一緒に持ちください！

2023年度版

②山折



「もしもの時に伝えたいこと」

エンディングノートをお持ちですか？

元気なうちに、自分の思いや希望を伝えておきましょう。

★ノートを記入された方は、
置いている場所をお書きください。

場所: _____

★
「もしもの時に伝えたいこと」ノートは
都島区保健福祉センター分館にあります。
(無料)



都島区マスコットキャラクター
都希(とっきー)

このシートを記入した日

年 月 日

修正日 年 月 日

★ 記入部分に変更がないか、時々確認しましょう。
変更部分があれば、書き直しましょう。



本人(わたし)の情報

フリガナ:

名前:

電話:

生年月日:大正 昭和 平成 年 月 日

住所:大阪市



薬や食べ物、アルコール消毒等でアレルギーがあれば記入しておきましょう。

アレルギー:



緊急時連絡先: 医師の説明を聞いてくれる人を記入しましょう。

①	フリガナ:	関係	
	名前:		
	電話:		
②	フリガナ:	関係	
	名前:		
	電話:		

②山折



かかりつけ医(主治医) (医院・病院の名前)

医療機関名:

電話番号:



ケアマネジャー(介護保険利用者)

居宅支援事業所名:

担当者の名前:

電話番号:



わかる範囲で延命治療について、今の自分の思いに○を付けましょう!

★ 呼吸が出来なくなったときの人工呼吸

・希望する ・希望しない ・今は、わからない

★ 心臓が停止したときの心臓マッサージ

・希望する ・希望しない ・今は、わからない

①谷折