



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



薬や食べ物のアレルギー、アルコール消毒等に過敏であれば記載しておきましょう。

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:

①谷折



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



<b>本人の情報</b>	 記入日	年	月	日
フリガナ：				
名前：				
電話：				
【生年月日】大正 昭和 平成 令和 西暦		年	月	日
住所：大阪市都島区				

	<b>緊急時連絡先</b>	知人の場合は了解を得て記入しましょう		
フリガナ：		関係		
名前：				
電話：				
	<b>医師の説明を聞いてくれる人</b>			
フリガナ：		関係		
名前：				
電話：				

②山折

	介護保険を利用している方は、 ケアマネジャーも記入しましょう！
居宅支援事業所：	
担当者の名前：	
電話：	
<p>*** 記入部分に変更がないか、時々確認しておきましょう。 変更があれば、書き直しましょう。</p> <p style="text-align: center;">ご記入お疲れさまでした！</p> 	

①谷折

	<p><b>*わかる範囲で</b>自分の思いに○を付けて下さい！</p> <p>年 月 日での、わたしの思いです。</p>
★延命治療を希望しますか？	
<p>・希望する    ・希望しない    ・今は、わからない</p>	
★呼吸が出来なくなった時人工呼吸を希望しますか？	
<p>・希望する    ・希望しない    ・今は、わからない</p>	
★心臓が停止したとき心臓マッサージを希望しますか？	
<p>・希望する    ・希望しない    ・今は、わからない</p>	