伝えておきたいこと等

（あなたの楽しみ、好きなこと、得意なこと等、自由にご記入）

ペットがいるから、最期までペットの世話をしながら

暮らしていきたい。

お寿司が好きです。

①山折

もしもシート岬

2026年度版

記入例

話そう・伝えよう・支えよう
一人生会議一
A P C
網町・景佐野泉南医師会

四つ折りにして鞄の中や、お薬手帳
等と一緒に保管・携行しましょう

このシートがあなたを支える人に、あなたの思いを伝えるきっかけ作りになれば幸いです。

②山　折

「もしも」あなたが自分の身の回りのこと※が できなくなったら、どこで過ごしたいですか？

※身の回りのこととは、食事を作る、買い物に行く、お風呂に入る、トイレに行くなどのことです。

- ☐ 自宅で介護サービスなどを受けながら過ごしたい
- ☑ 自宅で過ごしたいが、状況によっては施設でも構わない
- ☐ 介護サービスなどを受けられる施設に入りたい
- ☐ 分からない
- ☑ その他（認知症になって家族もわからなくなったら施設に入りたい）

シート記入日

令和８年９月13日

修正日　　年　　月　　日

シート記入（本人以外の場合）

本人との関係：＿＿＿＿＿＿＿＿

名　前：＿＿＿＿＿＿＿＿

本人（わたし）の情報

フリガナ　ミサキ　ハナコ

名　前：岬　花子

電　話：０●０-△△△△-□□□□

住　所：岬町深日２０００－１

生年月日　大正・昭和・平成・令和 25 年 10 月 10 日

アレルギー情報：●●の薬で、薬疹が出たことあり

☆薬や食べ物のアレルギー、アルコール等に過敏であれば記載しましょう。

①谷　折

緊急時連絡先

①	フリガナ：ユウヒ　ハナエ 名　前：夕日　はなえ　関係　長女 電　話：080-△△△△-△△△△
②	フリガナ：ミサキ　コウ 名　前：岬　航　関係　長男 電　話：090-□□□□-□□□□

☆あなたの思いを伝えてくれる方の記入をお願いいたします。

②山　折

● かかりつけ医(主治医)「医院・病院の名前」

医療機関名：○○クリニック

電　話：072-●●-●●●●

● ケアマネジャー（介護保険利用者）

事業所名：○○○ケアプランセンター

担当者名：●●　●●

電　話：072-000－0000

自分の気持ちを伝えられなくなったら、どんな治療やケアを受けて過ごしたいですか。

- ☑ 延命につながるだけの処置はさけたい
- ☑ 苦痛を和らげる治療は受けたい
- ☐ １日でも長く生きられる治療を受けたい
- ☐ 病気を治すことを目指してどんな治療も受けたい
- ☐ 分からない
- ☐ その他（　　）