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）

①山　折

もしもシート岬

2026 年度版

話そう・伝えよう・支えよう
―人生会議―
A P C
鈴町・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（　　）

シート記入日

年　　月　　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

名　前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所：岬町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日

アレルギー情報：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆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： 名　前：　　**関係** 電　話：
②	フリガナ： 名　前：　　**関係** 電　話：

☆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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● ケアマネジャー（介護保険利用者）

事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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（　　）