

もしもシート岬

裏面もご記入の上、四つ折りにして鞆の中や、

お薬手帳等と一緒に保管をオススメします。

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。



2025年度版

①山折

シート記入（本人以外の場合）

本人との関係： _____

お名前： _____

②山折

シート記入日

年 月 日

修正日 年 月 日

○お薬手帳は持っていますか？ はい・いいえ

お持ちの方はどこに置いてありますか _____

○障害者手帳はお持ちですか？ はい・いいえ

その他 自由記入欄

記入部分に変更がないか、時々確認をお願いいたします。

変更部分があれば、書き直しをお願いいたします。

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： 岬町 _____

☆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。

アレルギー情報： _____

①
谷
折

緊急時連絡先：あなたの思いを伝えてくれる人の記載をお願いいたします。

①	フリガナ： 名 前： 電 話：	関係
②	フリガナ： 名 前： 電 話：	関係

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）

居宅介護支援事業所名： _____

担当者名： _____

電話番号： _____

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ない
- 苦痛を和らげる治療は受けたい
- 一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
- その他（ _____ ）