

子どものころのこと

仕事や趣味のこと

家族のこと

大切なもの・思い出の品

私のお気に入り

家族・親族リスト

1	氏名	関係
	住所	
<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 葬儀の連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 終了後		
2	氏名	関係
	住所	
<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 葬儀の連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 終了後		
3	氏名	関係
	住所	
<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 葬儀の連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 終了後		
4	氏名	関係
	住所	
<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 葬儀の連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 終了後		
5	氏名	関係
	住所	
<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 葬儀の連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 終了後		

友人・知人リスト

1	氏名	関係
	住所	
<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 葬儀の連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 終了後		
2	氏名	関係
	住所	
<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 葬儀の連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 終了後		
3	氏名	関係
	住所	
<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 葬儀の連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 終了後		
4	氏名	関係
	住所	
<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 葬儀の連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 終了後		
5	氏名	関係
	住所	
<input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 入院時 葬儀の連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 終了後		



住之江区地域包括支援センター
 ☎ 6686-2235
 新北島地域相談窓口〈豊泉家〉
 ☎ 6683-4321

かかりつけの医療機関やケアマネージャー

1	名称	
	住所	
2	名称	
	住所	

記入日 年 月 日

目につきやすいところにおきましょう

私について

氏名	〒 ()	
	-	-
生年月日	年 月 日生	血液型 型
住所	アレルギー 有・無	
	【薬剤】 【食品】	

	年 月 日	病 名	医療機関・〒
既往歴			

わたしのリビングウィル（事前意思表示書）

あらかじめ意思を示しておくことで、自分の望む延命治療を家族や周囲の人に知ってもらうことができます。判断能力を失うなど意思表示できなくなった場合に自分らしい最期を迎えるための医療に対する希望を記載して下さい。この書面の内容は、最大限尊重されもしもの時の参考にになりますが、法的効力はありません（いつでも修正・撤回できます）

1. 治療しても回復が見込めない状態になった時の延命希望

心臓マッサージなどの心肺蘇生	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
延命のための人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
点滴による水分補給	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
延命のための透析治療	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
<input type="checkbox"/> 副作用があっても、痛みなどはできるだけ抑えてほしい <input type="checkbox"/> ある程度痛みがあってもいいのでできるだけ自然な状態で過ごしたい		
最期を迎えたい場所		
<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病状に応じて		
その他の希望		

※胃ろうとは、お腹から胃に管を通しその管から栄養や水分を流入するための処置です。

本人署名	作成日	年	月	日			
更新日①	年	月	日	更新日②	年	月	日

2. 判断能力が失われ意思表示ができなくなった場合、主治医や支援者が相談すべき人は、どなたですか。

①氏名	続柄	連絡先
②氏名	続柄	連絡先

介護が必要になった時



●一人での生活が難しくなった時

自宅で介護してほしい その他 ()
 施設に入りたい

●病名や余命の告知は？

してほしい その他 ()
 しないでほしい

もしもの時



●葬儀は、どのように行いたいですか。

家族葬 一般葬 その他 ()

●互助会

有 () なし
 その他 ()

財産管理について



●認知症になって財産管理が出来なくなった場合

家族 () に任せる
 成年後見人に任せたいので手続きしてほしい
 財産管理委任契約を結んでいる
 任意後見契約を結んでいる

財産について



●財産について

【年金の種類】 年金 【自宅】 (所有 賃貸)

金融機関・支店名	口座番号

●生命保険・損害保険・投資など

種類・会社名	口座番号

その他伝えておきたいこと



保管場所	内容	伝えている
保管場所	年金証書	に伝えている
	実印	に伝えている
	預貯金通帳	に伝えている
	<input type="checkbox"/> 財産管理契約書 <input type="checkbox"/> 自筆遺言書 <input type="checkbox"/> 任意後見人契約書	に伝えている
	パソコンのパスワード 携帯電話・スマホのパスワード	に伝えている
	キャッシュカード暗証番号 ネットバンキングなど暗証番号	に伝えている