

わたしのために、大切な人のために  
**もしもの時に伝えたいこと**



都島区版

## はじめに

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。命の危険が迫った状態になると、多くの方が医療や介護のことなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることが出来なくなると言われています。

この「**もしもの時に伝えたいこと**」は、自分の「もしも」の時のために、ご自身のこと、**思いや希望を家族や周りの人たちに伝える**ためのノートです。

このノートには、法的な拘束力はありませんので、気軽に、書けるところから始めてみましょう。また、折にふれて振り返り、何度でも書き直してください。

## 目次

|    |               |      |
|----|---------------|------|
| 1  | わたしのこと        | P1～2 |
| 2  | 家系図           | P3   |
| 3  | 家族や知人         | P4～5 |
| 4  | ペットのこと        | P5   |
| 5  | 健康のこと         | P6   |
| 6  | もしもの時のわたしのおもい | P7～9 |
| 7  | 財産のこと         | P10  |
| 8  | 遺言書           | P10  |
| 9  | 葬儀のこと         | P11  |
| 10 | 地域の身近な関係機関    | P12  |
| 11 | 伝えておきたいこと     | P13  |

# 1 わたしのこと

|      |              |                      |        |
|------|--------------|----------------------|--------|
| フリガナ |              | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 月 日生 |
| 名 前  |              |                      |        |
| 現住所  | 〒            |                      |        |
| 電話番号 | (自宅)<br>(携帯) |                      |        |
| 本籍地  |              |                      |        |

## 緊急連絡先

| 名 前 | 続柄・間柄 | 連絡先 |
|-----|-------|-----|
|     |       |     |
|     |       |     |

## 医療と介護のかかりつけ・担当

|                |       |     |      |
|----------------|-------|-----|------|
| かかりつけ医         | 医療機関名 | 連絡先 | 主治医  |
|                |       |     |      |
| 訪問看護<br>ステーション | 事業者名  | 連絡先 | 担当者名 |
|                |       |     |      |
| かかりつけ<br>歯科医   | 医療機関名 | 連絡先 | 主治医  |
|                |       |     |      |
| かかりつけ<br>薬局    | 薬局名   | 連絡先 | 薬剤師名 |
|                |       |     |      |
| ケア<br>マネジャー    | 事業所名  | 連絡先 | 担当者名 |
|                |       |     |      |

記入した日

年 月 日

## わたしのプロフィール

|                  |
|------------------|
| 私の長所             |
| 趣味・特技            |
| 好きな食べ物 嫌いな食べ物 など |

## これまでのこと・思い出

|            |
|------------|
| 幼少期        |
| 学生時代       |
| 仕事や職歴      |
| 思い出の場所     |
| 大切な出来事     |
| 覚えておきたい記念日 |

年 月 日

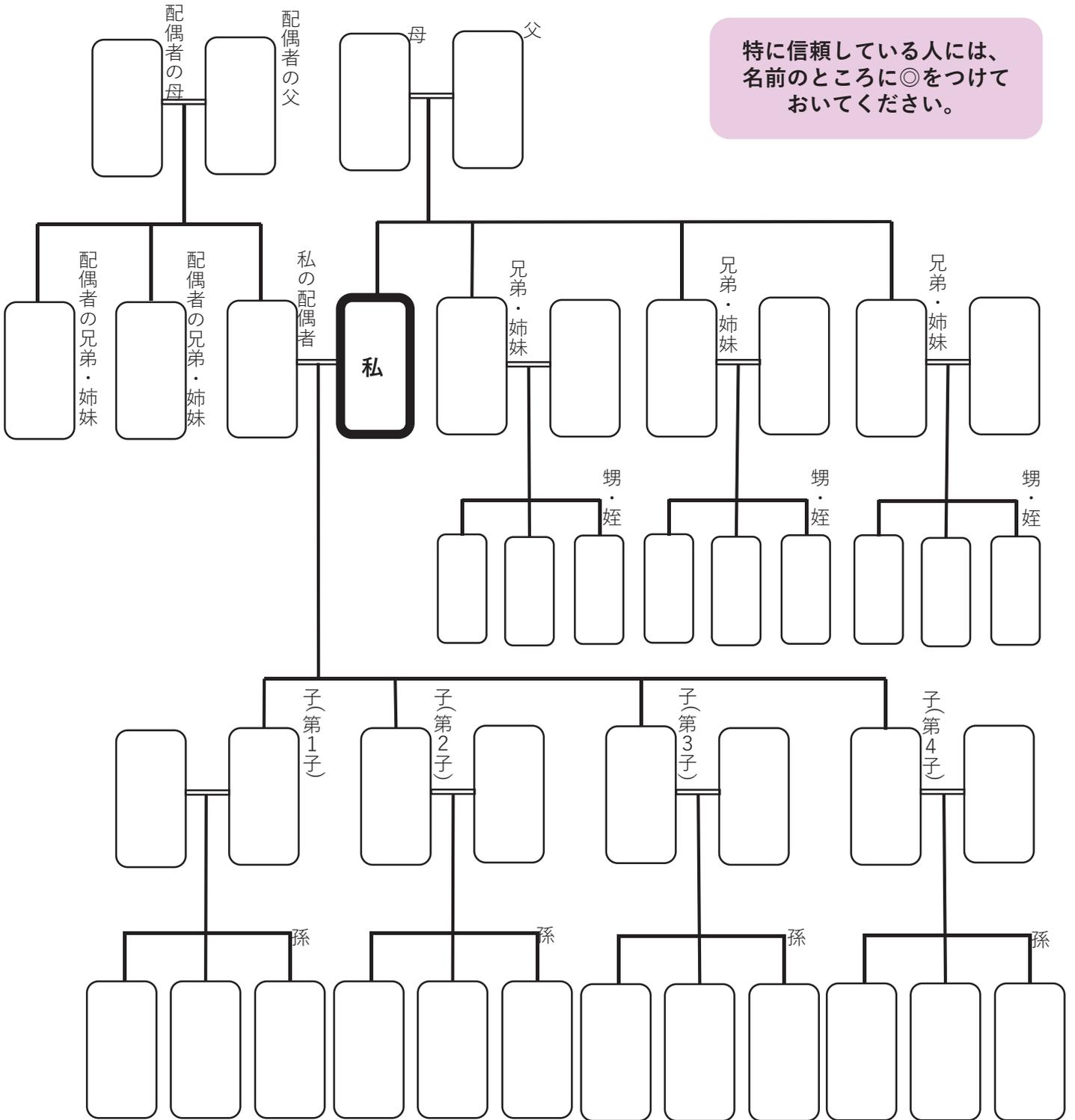
記入した日

年 月 日

# 2 家系図

枠の中に名前を記入してください。

特に信頼している人には、  
名前のところに◎をつけて  
おいてください。



記入した日

年 月 日

### 3 家族や知人

家族・親族・知人など、もしもの時に連絡をとる人を記入しておきましょう

|       |  |          |  |
|-------|--|----------|--|
| ふりがな  |  | 続柄<br>間柄 |  |
| 名前    |  |          |  |
| 住所    | 〒  | 電話番号     |  |
| 入院時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | 備考       |  |
| 葬儀時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない |          |  |

|       |  |          |  |
|-------|--|----------|--|
| ふりがな  |  | 続柄<br>間柄 |  |
| 名前    |  |          |  |
| 住所    | 〒  | 電話番号     |  |
| 入院時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | 備考       |  |
| 葬儀時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない |          |  |

|       |  |          |  |
|-------|--|----------|--|
| ふりがな  |  | 続柄<br>間柄 |  |
| 名前    |  |          |  |
| 住所    | 〒  | 電話番号     |  |
| 入院時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | 備考       |  |
| 葬儀時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない |          |  |

|       |  |          |  |
|-------|--|----------|--|
| ふりがな  |  | 続柄<br>間柄 |  |
| 名前    |  |          |  |
| 住所    | 〒  | 電話番号     |  |
| 入院時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | 備考       |  |
| 葬儀時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない |          |  |

|       |  |          |  |
|-------|--|----------|--|
| ふりがな  |  | 続柄<br>間柄 |  |
| 名前    |  |          |  |
| 住所    | 〒  | 電話番号     |  |
| 入院時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | 備考       |  |
| 葬儀時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない |          |  |

|       |  |          |  |
|-------|--|----------|--|
| ふりがな  |  | 続柄<br>間柄 |  |
| 名 前   |  |          |  |
| 住 所   | 〒  | 電話番号     |  |
| 入院時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | 備 考      |  |
| 葬儀時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない |          |  |

|       |  |          |  |
|-------|--|----------|--|
| ふりがな  |  | 続柄<br>間柄 |  |
| 名 前   |  |          |  |
| 住 所   | 〒  | 電話番号     |  |
| 入院時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | 備 考      |  |
| 葬儀時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない |          |  |

|       |  |          |  |
|-------|--|----------|--|
| ふりがな  |  | 続柄<br>間柄 |  |
| 名 前   |  |          |  |
| 住 所   | 〒  | 電話番号     |  |
| 入院時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | 備 考      |  |
| 葬儀時連絡 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない |          |  |

## 4 ペットのこと

|                           |              |       |   |
|---------------------------|--------------|-------|---|
| 名 前                       |              | 種 類   |   |
| 年 齢<br>(生年月日)             |              | 保険の加入 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| かかりつけの<br>動物病院            | 名 前：<br>連絡先： |       |   |
| 入院等した<br>場合の預け先           | 名 前：<br>連絡先： |       |   |
| ペットのこと<br>で、伝えてお<br>きたいこと |              |       |   |

記入した日

年 月 日





自分の考えを、よく家族等と話し合ったうえで、共有しておきましょう。

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>告知について（右欄に☑）</b>                          | <b>記入日①</b><br>年 月 日     | <b>記入日②</b><br>年 月 日     |
| 病名・余命を告知してほしい                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 病名のみ告知してほしい                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 告知しないでほしい                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 家族に任せる                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他（ ）                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>回復の見込みがない場合の延命処置（次頁参照）<br/>について（右欄に☑）</b> | <b>記入日①</b><br>年 月 日     | <b>記入日②</b><br>年 月 日     |
| 延命処置を望まない                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 延命よりも苦痛を少なくしてほしい                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 延命処置をしてほしい                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>延命処置を望む場合の希望（右欄に☑）</b>                    | <b>記入日①</b><br>年 月 日     | <b>記入日②</b><br>年 月 日     |
| 心肺蘇生措置                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 人工呼吸器  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 胃ろう  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 経鼻胃管栄養                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 中心静脈栄養                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他（ ）                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>臓器提供・献体について（右欄に☑）</b>                     | <b>記入日①</b><br>年 月 日     | <b>記入日②</b><br>年 月 日     |
| 臓器提供・献体も登録していません                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 臓器提供を登録しています<br>（登録証の保管場所）                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 献体を登録しています<br>（登録証の保管場所）                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>私の最後は（右欄に☑）</b>                           | <b>記入日①</b><br>年 月 日     | <b>記入日②</b><br>年 月 日     |
| 自宅で過ごしたい                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 病院や施設で過ごしたい                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 特に希望はないので家族に任せる                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他（ ）                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 終末期の延命処置の例

### 心肺蘇生措置

心臓や呼吸が止まったときに、心臓マッサージや気管挿管などを行い、一時的に機能を回復します。



### 人工呼吸器

呼吸が止まったときや、自力で呼吸ができなくなったときに、肺に空気を送る装置です。

口や鼻からチューブを挿入・留置する気管内挿管の方法や、首（気管）に穴をあけチューブを挿入する気管切開を行う方法があります。



気管内挿管

### 胃ろう

口から栄養が摂れなくなったとき、手術でおなかの表面から胃へ穴をあけ、チューブで水分や栄養剤を投与する方法です。



### 経鼻胃管栄養

鼻から胃まで細いチューブを通し水分や栄養剤を投与する方法です。

### 中心静脈栄養

心臓付近の大きな血管（中心静脈）にチューブを入れ点滴で栄養補給する方法です。



## 7 財産のこと

### 預貯金

| 金融機関 | 支店 | 名義人 | 備考 |
|------|----|-----|----|
|      |    |     |    |
|      |    |     |    |
|      |    |     |    |

### 保険

| 保険会社名 | 種類（商品名） | 備考 |
|-------|---------|----|
|       |         |    |
|       |         |    |

### その他財産等

|         |  |
|---------|--|
| 株式・有価証券 |  |
| 不動産     |  |
| 負債等     |  |

## 8 遺言書

### 遺言書作成の有無

- 作成している  
 作成していない

作成している場合は、記入してください。

#### ● 遺言の形式

- 自筆証書遺言…遺言者が遺言の内容を自筆で作成する  
 公正証書遺言…遺言者が遺言の内容を話し、公証人が文章にまとめて作成する  
 秘密証書遺言…遺言者が作成し、公証人が封印する  
 その他（ ）

● 作成年月日 年 月 日

● 保管場所：

記入した日 年 月 日



## 10 地域の身近な相談機関

### 地域包括支援センターと総合相談窓口（ブランチ）

| 名称                  | 住所          | 担当地域                    | 電話番号         |
|---------------------|-------------|-------------------------|--------------|
| 都島区<br>地域包括支援センター   | 都島本通3-12-31 | 桜宮・中野・都島・<br>東都島の小学校区   | 06-6929-9500 |
| 都島区北部<br>地域包括支援センター | 大東町2-2-18   | 高倉・内代・淀川・<br>大東・友淵の小学校区 | 06-6926-3800 |
| 中野ブランチ              | 中野町5-10-70  | 中野・都島の小学校区              | 06-6922-3550 |
| 高倉ブランチ              | 御幸町2-10-12  | 高倉・内代の小学校区              | 06-6929-8886 |

#### 都島オレンジチーム（認知症初期集中支援チーム）

（都島区北部地域包括支援センター内） ☎ 06-6926-3803

#### 都島区社会福祉協議会

都島本通3-12-31 ☎ 06-6929-9500

#### 都島区保健福祉センター

中野町2-16-20

介護保険担当 ☎ 06-6882-9859

福祉担当 ☎ 06-6882-9857

#### 都島区保健福祉センター分館

中野町5-15-21

運営担当 ☎ 06-6882-9882

地域保健活動担当 ☎ 06-6882-9968

### その他機関等連絡先

| 名称 | 連絡先 | 備考 |
|----|-----|----|
|    |     |    |
|    |     |    |
|    |     |    |
|    |     |    |



## 作成：都島区在宅医療・介護連携推進協議会

都島区医師会 都島区歯科医師会 都島区薬剤師会 みやこじま訪看ネット  
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 都島区ヘルパー連絡会  
都島区在宅医療・介護連携相談支援室 都島区保健福祉センター

協力：都島区認知症高齢者支援ネットワーク連絡会

助言：大阪市立総合医療センター地域医療連携センター 聖和病院地域連携室