

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へ伝える**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	伝えておきたいこと	.....	P10~11
	(財産のこと、遺言書、葬儀のこと)		
8	地域の身近な関係機関	.....	P12
9	その他伝えておきたいこと	.....	P13

# 1 わたしのこと

フリガナ		明治 大正 昭和 平成	年 月 日生
名 前			
現住所	〒		
電話番号	(自宅) (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 ステーション	事業者名	連絡先	担当者名
かかりつけ 歯科医	医療機関名	連絡先	主治医
かかりつけ 薬局	薬局名	連絡先	薬剤師名
ケア 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

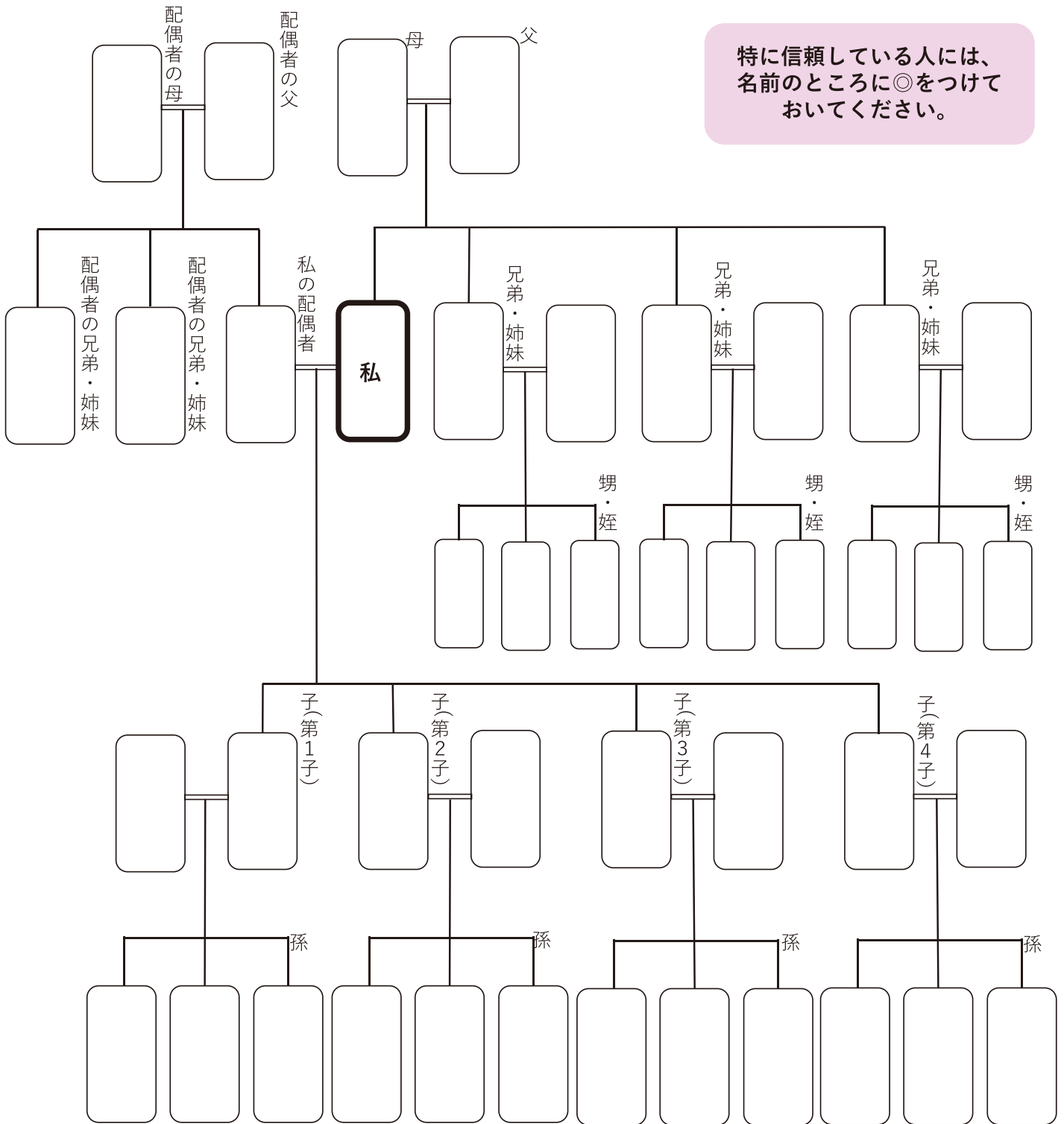
## これまでのこと・思い出

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

## 2 家系図

枠の中に名前を記入してください。



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 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 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 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 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 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 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 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 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 (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 動物病院	名前： 連絡先：		
入院等した 場合の預け先	名前： 連絡先：		
ペットのこと で、伝えてお きたいこと			

記入した日

年 月 日





## 6 もしもの時のわたしのおもい

※最初に記入した日付を①に、その後内容を見直した場合は②にその日付を記入し、してください。

<b>認知症や寝たきりになったときに、介護をお願いしたい人(右欄に<input checked="" type="checkbox"/>)</b>	記入日① 年 月 日	記入日② 年 月 日
介護保険のサービスを利用して家族等に介護してほしい 名前① (続柄 )		
名前② (続柄 )		
名前③ (続柄 )		
名前④ (続柄 )		
家族に迷惑をかけず介護保険などのサービスを利用したい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特に希望はないため、家族の判断に任せる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>認知症などで判断が困難になった場合の財産管理等について(右欄に<input checked="" type="checkbox"/>)</b>	記入日① 年 月 日	記入日② 年 月 日
配偶者やこどもに任せる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頼みたい人がいる (名前・連絡先)		
名前① (連絡先)		
名前② (連絡先)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
成年後見制度を利用する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>介護が必要になった時、どこで介護を受けたいですか(右欄に<input checked="" type="checkbox"/>)</b>	記入日① 年 月 日	記入日② 年 月 日
自宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病院や施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特に希望はないため、家族の判断に任せる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>介護の費用について(右欄に<input checked="" type="checkbox"/>)</b>	記入日① 年 月 日	記入日② 年 月 日
自分の預金や年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護が必要な時に給付される民間の保険	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
誰かに援助してほしい (誰に (続柄 ))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>施設入所・入院等した場合にお願いしたいこと</b>		

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>	記入日① 年 月 日	記入日② 年 月 日
病名・余命を告知して欲しい	<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>私の最後は (右欄に☑)</b>	記入日① 年 月 日	記入日② 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"/>
<b>回復の見込みがない場合の延命措置(次頁参照)について(右欄に☑)</b>	記入日① 年 月 日	記入日② 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>	記入日① 年 月 日	記入日② 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>	記入日① 年 月 日	記入日② 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 (登録証の保管場所 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
献体を登録しています (登録証の保管場所 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

書き足りないことがある場合は、13ページの「9 その他伝えておきたいこと」に記入してください。

# 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。

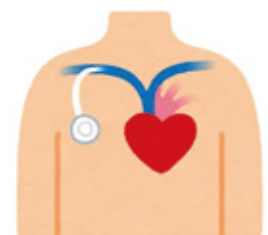


## 経鼻胃管栄養

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。







## 8 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 地域包括支援センター	都島本通3-12-31	桜宮・中野・都島・ 東都島の小学校区	06-6929-9500
都島区北部 地域包括支援センター	大東町2-2-18	高倉・内代・淀川・ 大東・友渕の小学校区	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
淀川ブランチ	毛馬町5-5-23	淀川・大東の小学校区	06-6929-8801

### 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  
都島区在宅医療・介護連携相談支援室 大阪市立総合医療センター  
都島区保健福祉センター

## 発行：都島区役所