

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 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

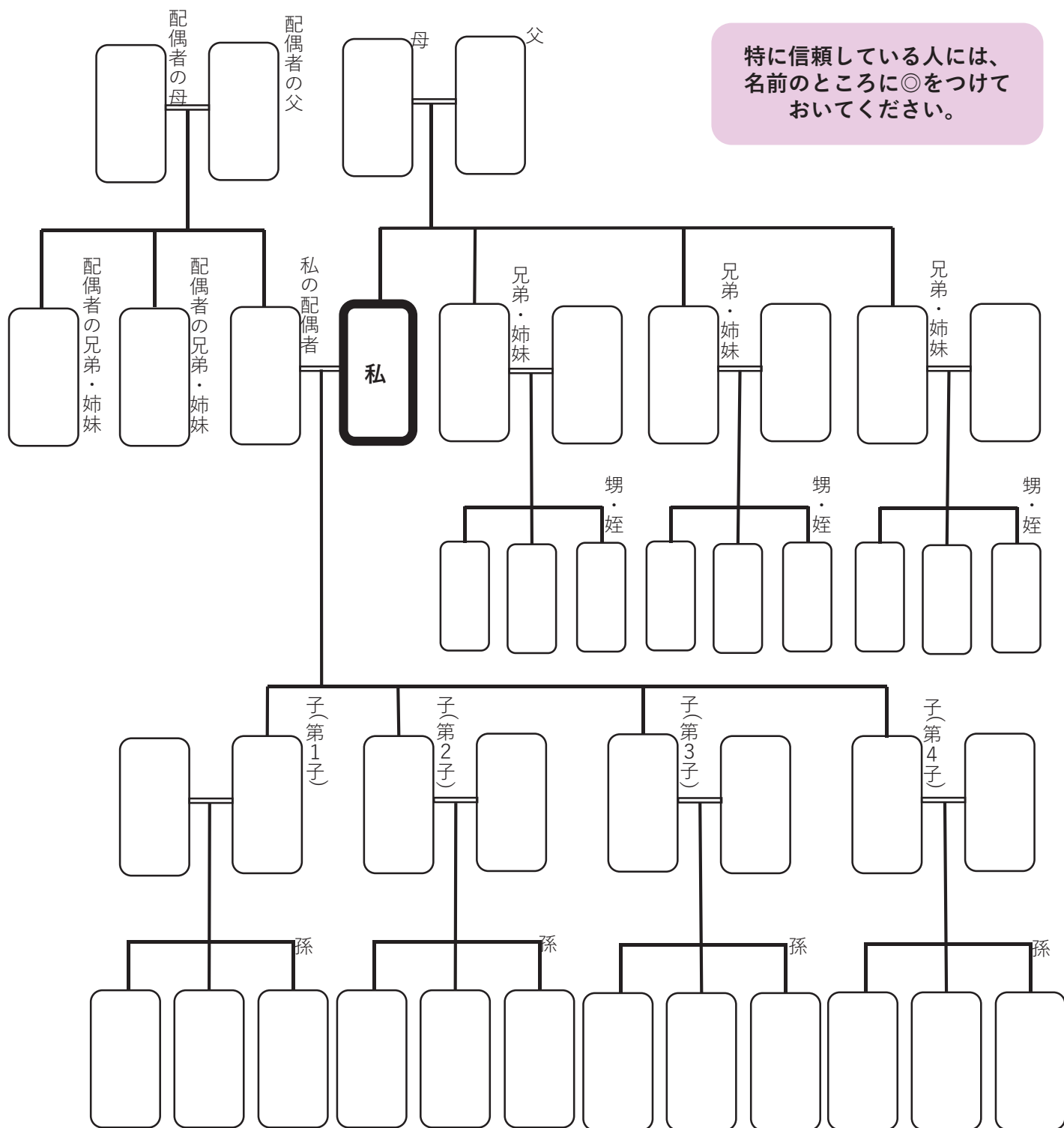
年 月 日

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 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







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> 年 月 日	<b>記入日②</b> 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） について（右欄に☑）</b>	<b>記入日①</b> 年 月 日	<b>記入日②</b> 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> 年 月 日	<b>記入日②</b> 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> 年 月 日	<b>記入日②</b> 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"/>
<b>私の最後は（右欄に☑）</b>	<b>記入日①</b> 年 月 日	<b>記入日②</b> 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。

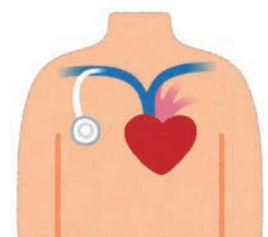


### 経鼻胃管栄養

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

## 9 葬儀のこと

### 葬儀の形式について

- 広く知らせる一般葬
- 通夜のない一日葬
- 通夜や葬儀・告別式を行わない直葬・火葬式
- 家族に任せる
- 親しい人や身内だけの家族葬
- その他 ( )

### 葬儀費用について

- 預金・保険をあててほしい
- 準備していない
- その他 ( )

### 宗教・宗派について

- あり 宗教・宗派：  
 依頼したいところがある 名称 ( )  
 ない 連絡先 ( )
- 家族に任せる
- その他 ( )

### 喪主になってほしい人

名前： 続柄：  
連絡先：

### 遺影について

- 用意している (保管場所 )
- 任せる

### その他希望 (葬儀会社、香典、棺の中に入れてほしいもの、お墓など)

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 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

# 11 伝えておきたいこと

Lined writing area for notes.

記入した日 年 月 日

## 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