このノートは、もしもの時のおぼえ書きとして、あなたの思いを家族や大切な人に伝えるためのもので、法的な効力はありません。

今後、もしもの時の選択が必要になった時、信頼できるご家族・ご友人、医療や介護等のケアチームの支援者とともに、話し合うきっかけにしていただければと思います。

太子町・河南町・千早赤阪村地域包括ネットワーク推進協議会作成

問い合わせ先：　太子町役場　いきいき健康課（地域包括支援センター）　☎0721－98－5538
河南町役場　高齢障がい福祉課　☎0721－93－2500
千早赤阪村　福祉課　☎0721－74－5117

令和3年4月作成

私の想い
おぼえ書きノート
～もしもの時に備えて～

ふりがな	
氏名	
生年月日	年　月　日

太子町　・河南町・千早赤阪村

書き方：　空欄は、ご記入ください。
□は該当するものに☑（チェック）をしてください。

自分のこと

現住所	
本籍	
電話・FAX	
携帯電話	
メールアドレス	
マイナンバー	
血液型	
要介護度	
既往歴・現病歴	
備考	

記入日　　年　　月　　日　　歳

私の想い　～伝えておきたいこと～

財産管理等について

今後、自分で財産の管理ができなくなった時、誰にお願いしたいですか？

□ 配偶者　□ 子　□ 兄弟・姉妹
□ 親族（　　）　□ 任意後見人等※
□ 特に考えていない　□ その他（　　）

現在、財産管理をお願いしている人・今後、お願いしたい人

名前：＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄：＿＿＿＿＿　連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿

※　任意後見人等、権利擁護の相談については、お住まいの地域包括支援センターにお問合せ下さい。

太子町地域包括支援センター　☎0721－98－5538
河南町地域包括支援センター　☎0721－93－2500
千早赤阪村地域包括支援センター　☎0721－74－5117

＜　大切な人に伝えたいこと　＞　＿＿＿＿＿＿＿＿へ

記入日　　年　　月　　日　　歳

※　延命治療とは・・・治療をしても回復が見込めない状態になったときの、生きる期間を延ばすことを目的とする治療。
（心臓マッサージなどの心肺蘇生法、延命のための人工呼吸器、気管切開、鼻チューブ・胃ろうによる栄養補給　など）

○　心臓マッサージなどの心肺蘇生法
心肺蘇生とは、呼吸や心臓が止まったときに救命のためにおこなわれる胸骨の圧迫（心臓マッサージ）、気管の確保（口や鼻から気管に管を入れる、または直接気管に穴を開け管を入れる）などをいいます。

○　延命のための人工呼吸器
気管の確保を行った管に取り付けた機械から、空気を送り込み、呼吸を助けます。

○　気管切開
肺に空気を送ったり、痰などの分泌物を除去したりするため、気管に穴を開けます。

○　鼻チューブ・胃ろうによる栄養補給
食事が摂れなくなった時、鼻チューブや胃ろうのチューブを通して、直接栄養を入れる方法

鼻チューブ・・・鼻から胃まで届くチューブを入れて、栄養剤などを注入します。
胃ろう・・・内視鏡を使って、おなかと胃の壁に小さな穴を開け、つけたチューブから流動食などを注入します。

○　点滴治療
手や足から点滴を行うための針を刺して、水分補給を行います。（栄養はほとんどありません。）
口から薬は飲めないときに、点滴を用いて体内に入れることができます。

○　痛み等に対する治療
鎮痛剤等で、痛みをやわらげることができます。

分からないことは、かかりつけ医にご相談しましょう。

連絡先一覧

もしもの時に知らせてほしい親族

氏名	続柄	住所・電話番号	備考

医療・介護等医療機関

かかりつけ医療機関		
かかりつけ医療機関		
かかりつけ歯科医		
かかりつけ薬局		
居宅介護支援事業所		

記入日　　年　　月　　日　　歳

介護

介護が必要になった場合

どこで過ごしたいですか？	備考
☐ 自宅で過ごしたい	
☐ 病院に入りたい	
☐ 施設に入りたい	
☐ 家族に任せる	
☐ その他（　　）	

誰に介護をお願いしたいですか？

☐ 家族・親戚　　☐ ヘルパーなどの介護専門職

☐ その他　　☐ わからない

名前

続柄　　連絡先

介護のための費用負担	備考
☐ 預貯金で負担したい	
☐ 年金で負担したい	
☐ 加入している保険で負担したい	
☐ 特に用意はしていない	
☐ その他（　　）	

記入日　　年　　月　　日　　歳

医療

告知・延命治療※などについて

もしもの時、自分の治療方針について誰かが決めなくてはならない場合

名前＿＿＿＿＿＿＿＿の意見を聞いて決めてください

続柄　　連絡先

告知について

病名告知	☐ 希望する	☐ 希望しない
余命告知	☐ 希望する	☐ 希望しない

延命治療について

もし必要となった場合、あなたはどうしたいですか？

☐ 出来る限りの延命治療をしてほしい

☐ 苦痛を和らげる治療は希望するが、延命のみの治療はしないでほしい

☐ 延命治療はしないでほしい

☐ その他（　　）

人生の最期をどこで迎えたいですか？

☐ 自宅　　☐ 病院

☐ 施設　　☐ その他（　　）

臓器提供について

☐ ドナーカードを持っている（カード保管場所：　　）

☐ アイバンクに登録している（登録証保管場所：　　）

☐ 臓器提供は希望しない　　☐ 家族に任せる

☐ その他（　　）

記入日　　年　　月　　日　　歳