

# わたしのきぼうノート

～ むつ市エンディングノート ～



むつ市

# ～あなたの思いを、大切なひとにつなぐ～

この「わたしのきぼうノート」は、人生を振り返り、ご自身のことやこれから希望をまとめて残しておくことで、大切な人やご家族を助けるものです。  
ご自身やご家族のこと、財産、どのような最期をお迎えしたいか…  
そのような思いをノートに書いて整理していくことで  
これからあなたの生き方について考える  
一つのきっかけになるかもしれません。

## 「わたしのきぼうノート」の書き方

ゆっくり楽しみながらあなたの思いを書いてください。

- どこからでも好きなページから気軽に書いてください。
- 何度も書き直しても大丈夫です。ときどき振り返り、必要なら修正しましょう。
- 写真を貼る、資料をはさむなど自由にお使いください。
- 家族と相談しながら書いても良いでしょう。
- ノートの存在や保管場所を大切な誰かに伝えておいてください。

## — もくじ —

第1章 わたしのこと	1
第2章 もしもの時は	6
第3章 エンディング	9
第4章 財産について	12
緊急時の連絡先	



※イラスト提供 二本柳 舞さん  
イラストの無断使用はしないでください

※個人情報が含まれるため、大切に保管しましょう。  
※このノートには法的効力はありません。

## わたしの基本情報

記入日 年 月 日

フリガナ						
名 前						
生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日
住 所	〒	—				
本 籍	〒	—				
電話番号						
携帯番号						
メール アドレス	1)		@			
	2)		@			
	3)		@			

## メモ



# わたしの大切な思い出

記入日 年 月 日

## 家族との思い出



## 友達との思い出

## 学歴・職歴

## 住んだ家・場所

## 思い出の旅



## 今のわたし

記入日 年 月 日

## 趣味・特技

## 好きな場所・風景



## 好きな花・本・音楽・映画

## これからやりたいこと・会いたい人



# 健康状態

記入日 年 月 日

- かかりつけの病院 ※主治医にチェック✓を入れてください  
※かかりつけ病院がない場合は希望する病院

病院名・科

電 話 ( ) —

医 師 名

病 名

病院名・科

電 話 ( ) —

医 師 名

病 名

病院名・科

電 話 ( ) —

医 師 名

病 名

病院名・科

電 話 ( ) —

医 師 名

病 名

- かかりつけ薬局



薬 局 名

電 話 ( ) —

## ●健康保険証

種類：

番号：

保管場所：

## ●その他証明書の有無

※□にチェック✓を入れてください

\* 介護保険証 有・無

保管場所：

\* 障害者手帳 有・無

保管場所：

(□ 身障 • □ 療育 • □ 精神 • □ 難病)

\* お薬手帳 有・無

保管場所：

\* その他 (マイナンバー等)



可能であれば、一つにまとめておきましょう

\* 救急医療キット 有・無

保管場所：

## アレルギーなど気をつけること

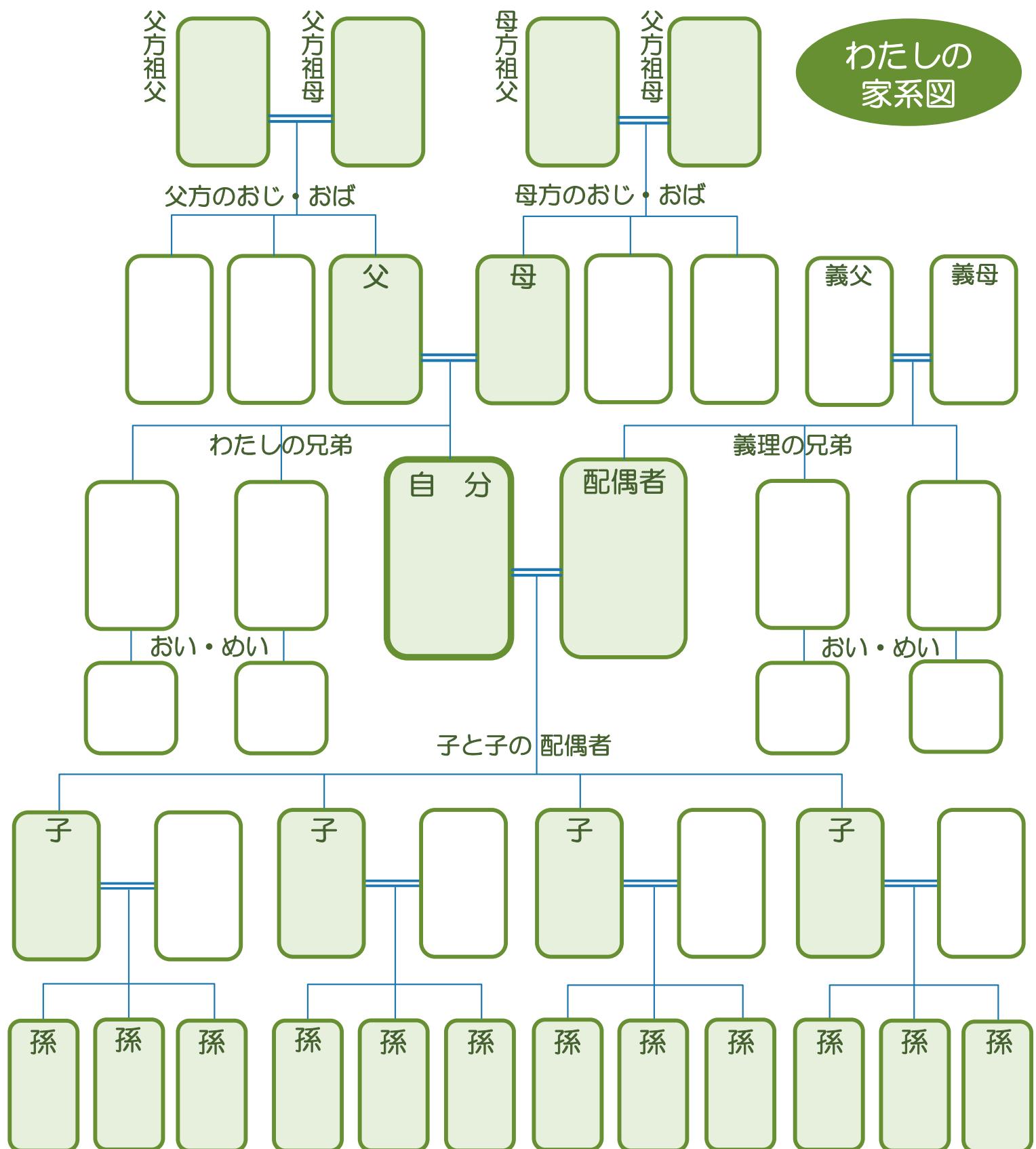


飲んでいる薬

# 家族・親族

記入日 年 月 日

分かる範囲で家系図を書いてみてください



## 病気の時は

記入日 年 月 日

## ● 告知について

※□にチェック✓を入れてください

- 病名・余命を告知して欲しい     病名のみ告知して欲しい  
 家族等にまかせる                         その他 \_\_\_\_\_

## ● 延命治療について

- 可能な限り延命治療を受けたい     苦痛を少なくしたい  
 回復の見込みがなければ延命治療を希望しない  
 その他 \_\_\_\_\_

## ● 最期を迎える場所について

- 自宅で過ごしたい     病院で看護を受けたい  
 施設で過ごしたい     その他 \_\_\_\_\_

## ● 臓器提供・献体について

- 臓器提供意思表示カードを持っている  
 臓器提供・献体を希望しない  
 献体の登録をしている    登録先：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
 その他 \_\_\_\_\_

## ● わたしが判断できないときは

わたしの治療方針については、

名前：\_\_\_\_\_ 続柄：\_\_\_\_\_ 連絡先：\_\_\_\_\_

の意見を尊重して決めてください。  相談済

# 介護が必要な時は

記入日 年 月 日

※□にチェック✓を入れてください

## ●介護をお願いしたい人

相談済

- 配偶者 氏名 :
- 子ども 氏名 :
- その他 氏名 :

## ●介護してほしい場所

- なるべく自宅を希望する
- 病院・施設 名称・場所等 :
- 介護者に任せる

## ●介護の費用

- 私の貯金や年金でまかなってほしい
- 用意してある 保管場所等 :
- その他

## ●担当のケアマネジャーさん・相談員さん

事業所名 :

名前 :



# 判断能力が低下した時は

記入日 年 月 日

※□にチェック✓を入れてください

## ●財産管理などをお願いしたい人

相談済

- |                              |      |                          |
|------------------------------|------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | 氏名 : | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 子ども | 氏名 : | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 後見人 | 氏名 : | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> その他 | 氏名 : | <input type="checkbox"/> |

### 成年後見制度について

認知症等で、判断能力が十分でない方を保護・支援するための制度です。成年後見制度には「法定後見制度」と「任意後見制度」があります。

※法定後見制度・・・家庭裁判所が選任した成年後見人が、本人の利益を考えながら、本人を代理して契約等の法律行為をしたり、本人がした不利益な法律行為を後から取り消したりすることができます。

※任意後見制度・・・本人が十分な判断能力があるうちに将来、判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、あらかじめ自らが選んだ代理人（任意後見人）に、自分の生活、療養看護や財産管理に関する事務について、代理権を与える契約（任意後見契約）を公証人の作成する公正証書で結んでおくというものです。

法務省ホームページ「成年後見制度～成年後見登記制度」より

## メモ



## 葬儀のこと

記入日 年 月 日

※□にチェック✓を入れてください

## ●葬儀の場所・規模について

- 任せる  希望がある

名称・場所・規模（出席者）等：

## ●菩提寺について

- 無  有

名前：

住所：

## ●遺影について

- 任せる  用意してある

保管場所：



## ●葬儀の費用について

- 預金でまかなって欲しい  
 生命保険でまかなってほしい  
 その他

## お墓のこと

記入日 年 月 日

### ●お墓の場所

希望なし  希望あり

名称・場所等：

既にある

名称・場所等：

※□にチェック✓を入れてください

### ●お墓の費用

預金でまかなってほしい

生命保険でまかなってほしい

その他

## 遺言書について

記入日 年 月 日

### ●遺言書の有無

作成していない

作成している

保管場所：

作成している場合は、以下種別のいずれかにチェック

自筆証書遺言

作成日： 年 月 日

公正証書遺言

作成日： 年 月 日

その他 ( )

作成日： 年 月 日

※遺言が公的な効力を生じるには定められた形式を備えることが必要です。

## 渡したいもの

記入日 年 月 日

\*何 を

\*保管場所

\*誰 に

\*連 絡先

# 大切な方へのメッセージ

記入日 年 月 日

さんへ（続柄／ ）

さんへ（続柄／ ）

さんへ（続柄／ ）

さんへ（続柄／ ）

## 預貯金等の資産

記入日 年 月 日

	所在地	名義人	持ち分	備考
不動産				
預貯金	金融機関名	支店	金額	備考
その他資産	名称	内容	保管場所等	備考



# 緊急時の連絡先

私にもしものことがあったときには、  
このノートを参考にしてください。

署名

私の緊急時に連絡をして欲しい人のリスト



①名 前： 続柄：

連絡先：

住 所：



②名 前： 続柄：

連絡先：

住 所：



③名 前： 続柄：

連絡先：

住 所：



むつ市エンディングノート

発行 令和3年5月

発行者 むつ市 / 編集 むつ市福祉部高齢者福祉課

〒035-8686 むつ市中央一丁目8番1号

TEL 0175-22-1111

FAX 0175-33-1101