

はじめに・・・



人生に、誰にでもいつか訪れる老いや病や死について
今、元気な時に考え、備えておきませんか？
今まで歩んできた道のりをふり振り返りながら
自分の想いをノートに整理し、自分の責任として
大切な人や近くの信頼できる人に
その想いを理解してもらうことが
自分らしく生き、自分らしい最期を迎えることに
つながるのではないのでしょうか？
このノートが、そのための手助けになることを
願っております。

記入の手引き・・・

1. はじめから全て記入していこうとすると大変なので、気が向いた時に少しずつ好きなところから書き始めましょう。
2. 何度書き直しても構いません。いつでも書き直しできるよう鉛筆で記入することをおすすめします。
3. 選択するようになっている項目については、文章先頭にある【 □ 】にチェックを入れてください。
4. 個人情報が入力されている大切なものです。このノートには法的効力はありませんが、ノートの存在と保管場所、内容について家族や信頼できる親しい人にできるだけ伝えておきましょう。

私について	・・・ P.1
健康について	・・・ P.3
医療について	・・・ P.4
延命治療について	・・・ P.5
介護が必要になったとき	・・・ P.6
財産管理について	・・・ P.7
財産について	・・・ P.8
遺言書について	・・・ P.10
葬儀・お墓について	・・・ P.11
入院やもしもの時の連絡先について	・・・ P.13
ペットについて	・・・ P.15
～ 付録 ～	
大切な人へのメッセージカード	・・・ P.16
延命治療についての携帯カード	・・・ P.18
相談窓口等連絡先	・・・ P.21



● 私について ●

ふりがな 氏名：檀原 太郎 (旧姓：)		生年月日：昭和20年 1月11日
現住所：〒634-0000 檀原市内膳町〇-〇-〇		
出生地：檀原市		本籍：〇〇県〇〇市
電話番号	自宅： 0744-〇〇-〇〇〇〇	
	携帯： 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	FAX： 0744-〇〇-〇〇〇〇	
メールアドレス	携帯： taro-kashihara@〇〇〇. ne.jp	
	パソコン： taro-kashirara@〇〇〇〇. co. jp	
勤務先	名称： _____	
	所在地： _____	
	電話番号： _____	
緊急連絡先①		
氏名： 檀原 花子	(続柄： 妻)	
住所： 〒634-0000	檀原市内膳町〇-〇-〇	
電話番号	自宅： 0744-〇〇-〇〇〇〇	
	携帯： 090-〇△〇△-〇〇〇〇	
緊急連絡先②		
氏名： 檀原 次郎	(続柄： 子)	
住所： 〒634-8586	檀原市内八木町〇-〇-〇	
電話番号	自宅： 0744-〇〇-〇〇〇〇	
	携帯： 090-〇〇△△-〇〇△△	

●●思い出に残っていること●●

子どもが小さかった頃、家族で花見をしたこと。

孫が初めて名前を呼んでくれたこと。

●●私が大切にしてきたこと・伝えておきたいこと●●

家族との時間。

これからの人生も、家族や仲間との心の交流を大切にしながら過

ごしていきたい。

●●これからやりたいこと●●

- 旅行に行きたい（行き先：四国遍路）
- 習い事をしたい
（具体的に：）
- 健康づくり（具体的に：ウォーキング）
- ボランティアをしてみたい
（具体的に：地域の子どもの見守り）
- その他

（具体的に：）

健康について

主なかかりつけ医



医療機関名： ○○医院	医師名： ○○医師
住所： 橿原市○○町○○番地	連絡先： ○○—○○○○

主な病歴

病名（発症年齢）	症状・手術の有無など 知らせておきたいこと	病院名
蓄膿症 （ 55才頃）	55才 手術、その後は外来受診も終わっている。	○○病院
糖尿病 （ 60才頃）	内服中	○○クリニック
（ 才頃）		
（ 才頃）		

服用中の薬

薬の名前：○○、○○

薬の保管場所
（1階リビングの棚の中）

お薬手帳の保管場所
（1階リビングの棚、診察券ケースの中）

アレルギー

じんましん

ぜんそく

食べ物（ ）

薬剤アレルギー（ ）

その他（ ）

保険証

健康保険証・介護保険証など

名称	番号など	保管場所
健康保険証	記号○○○○○番号○○○○	1階リビングの棚 診察券ケースの中
介護保険証	○○○○○○○○○○○○○○	1階リビングの棚 診察券ケースの中

● 医療について ●

もしも、不治の病や不慮の事故で
回復の見込みがなくなり死期が迫った時に、
自分の意思が表せない場合があります。
いざという時、本人の意思があらかじめ示されていれば
家族の精神的な負担も軽減されることになります。
終末期の医療についてどうするかを決めることは、
最も大切な意思表示です。

● 病名・余命告知について ●

- 私にはすべて告知してほしい
- 私にはすべて告知しないでほしい
- その他（ ）

● 私の治療方針について ●

もしもの時は・・・

氏名：檀原 花子 （続柄： 妻 ）の意見を尊重して決めてください。

住所：〒634-0000

連絡先：檀原市内膳町〇-〇-〇

● 延命治療について ●

● 不治の病や、不慮の事故で意思表示ができない時 ●

- 最後まで、出来る限りの延命治療をしてほしい (はい ・ いいえ)
- 回復の見込みがないと判断された時点で、一切の延命治療を希望しない (はい ・ いいえ)
- 苦痛を和らげる緩和的治療を重視してほしい (はい) ・ いいえ)
- 継続的な栄養補給は希望しないが、水分補給程度の点滴はしてほしい (はい) ・ いいえ)

※ 延命治療とは・・・

病状や衰弱が進み、治療回復の見込みがなく、末期であると判断された状況において、生きる時間を延ばすことを目的とする治療です。

(心臓マッサージ、電気ショック、人工呼吸器、気管切開、胃ろうを含む経管栄養)

- 人工呼吸器 …… 肺に出入りする空気の流れを補助する機械。(呼吸の補助)
- 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、気管に穴を開けること。
- 経管栄養 …… 食事が摂れなくなった時、鼻や腹部から体内に直接栄養を入れる方法。

● その他、延命治療について伝えておきたいこと ●

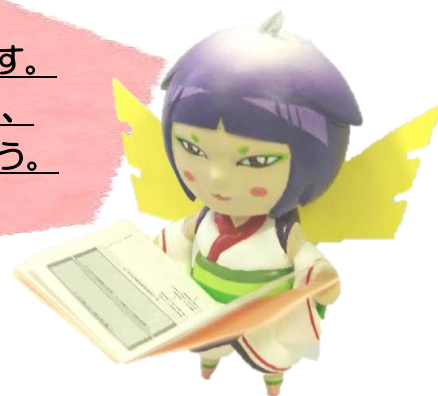
食事が摂れなくなった場合、胃ろうはつくらないでほしい。

心臓マッサージや電気ショックはしないでほしい。

意思疎通ができなくなっても、なるべく家族と一緒にすごしたい。

延命治療についての意思表示カードは【 P.18 】にあります。

外出中にもしもの事があった時、この意思を伝えるために、
【 P.18 】のカードを切り取り、財布等に入れ持ち歩きましょう。



● 介護が必要になったとき ●

● 私が認知症や寝たきりになった時の介護を頼みたい人 ●

- 配偶者（名前： _____ 連絡先： _____ ）
- 兄弟・姉妹（名前： _____ 連絡先： _____ ）
- 子（名前： 檀原 次郎 連絡先： 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇 ）
- 知人（名前： _____ 連絡先： _____ ）
- その他（ _____ ）

● 私が認知症や寝たきりになった時に希望する介護の場所 ●

- 自宅 病院や施設
- その他（ _____ ）

● 私が認知症や寝たきりになった時に希望する介護の費用 ●

- 預貯金でまかなってほしい 年金でまかなってほしい
- 加入している保険でまかなってほしい
- その他（ _____ ）

● すでに介護認定を受けているとき ●

介護度（ 要介護 ・ 要支援 ） 担当ケアマネ氏名（ _____ ）
事業所名（ _____ ） 電話番号（ _____ ）

● その他、介護について伝えておきたいこと ●

家族への負担が心配なので、施設に入所する場合はなるべく費用がかからないようにしたい。

● 財産について ●

● 年金 ● 国民年金・厚生年金など

番号	種類	保管場所
〇〇〇〇—△△△△△△		2階 書斎の引き出し

● 年金についての相談先 ●

桜井年金事務所・・・年金の相談

電話番号：0744-42-0033

● 預貯金 ●

金融機関名・支店名	種類	口座番号	フリガナ 口座名義人
〇〇銀行 〇〇支店	普通・定期 その他()	〇〇〇〇〇〇〇〇	カシハラ タロウ
電話番号：〇〇—〇〇〇〇	印鑑等の保管場所(2階 書斎の引き出し)		檀原 太郎
〇△銀行 〇△支店	普通・定期 その他()	△△△〇〇〇〇	カシハラ タロウ
電話番号：△△—〇〇〇〇	印鑑等の保管場所(2階 書斎の引き出し)		檀原 太郎
△〇信用金庫 △〇支店	普通・定期 その他()	△〇△〇△〇△	カシハラ タロウ
電話番号：△〇—△〇△〇	印鑑等の保管場所(2階クローゼットの棚)		檀原 太郎
	普通・定期 その他()		
電話番号：	印鑑等の保管場所()		
	普通・定期 その他()		
電話番号：	印鑑等の保管場所()		
	普通・定期 その他()		
電話番号：	印鑑等の保管場所()		

●●● 保険 ●●●

生命保険・年金保険・損害保険・火災保険など

保険会社名	種類	証券番号	契約者・被保険者名
〇〇〇生命保険会社	生命保険	〇〇〇〇〇〇〇〇	カシハラ タロウ 檀原 太郎
電話番号：〇〇—〇〇〇〇	保管場所（ 2階 書斎の引き出し ）		受取人（ 檀原 花子 ）
〇〇〇火災	火災保険	〇〇〇〇〇〇〇〇	カシハラ タロウ 檀原 太郎
電話番号：〇〇—〇〇〇〇	保管場所（ 2階 書斎の引き出し ）		受取人（ 檀原 太郎 ）
〇〇〇保険	医療保険	〇〇〇〇〇〇〇〇	カシハラ タロウ 檀原 太郎
電話番号：〇〇—〇〇〇〇	保管場所（ 2階 書斎の引き出し ）		受取人（ 檀原 太郎 ）

●●● 不動産 ●●● 土地・不動産

名称・種類	所在地	名義
土地	檀原市内膳町1-1-60	檀原 太郎
家屋	檀原市内膳町1-1-60	檀原 太郎
畑	檀原市〇〇町〇〇	檀原 太郎

●●● その他の財産 (マイナスの財産を含む) ●●● 株・公社債、純金、ローンなど

内容	名義	連絡先

●●● その他、現在結んでいる契約 ●●● 駐車場、定期的に送られてくるものなど

内容	種類	名義	連絡先
〇〇駅前駐車場	駐車場	檀原 太郎	〇〇—〇〇〇〇

● 遺言書について ●

● 遺言書の有無 ●

ある ない

【ある】 場合・・・

自筆遺言証書

〔本人が自書して作成。紛失やねつ造の恐れがあったり、内容に不備があると無効になることがある。〕

公正証書遺言（公証役場で、公証人が作成。法的効力は強い。）

その他（ ）

● 遺言証書の保管場所 ●

2階 書斎の引き出し

【預けている】 場合・・・

氏名： （続柄： ）

住所： 〒

連絡先：

● 一番新しい遺言証書の作成日 ●

平成29年 12 月 5 日

※ 遺族や親族が遺言書の存在を知らないと、希望と異なる遺産分割協議をしてしまうことがあります。

● 遺言証書作成などについての相談先 ●

奈良弁護士会・・・遺言、相続、成年後見、消費者問題、借金保障など法律相談全般

電話番号：0742-22-2035

奈良県司法書士会・・・相続、登記、成年後見、身近な法律問題

電話番号：0742-22-6677

公証役場・・・公正証書の作成、相談

奈良合同公証役場 電話番号：0742-22-2966

高田公証役場 電話番号：0745-22-7166

● ● 遺影について ● ●

遺影にしてほしい写真がある

(保管場所：)

家族や親族に任せる

● ● お墓についての希望 ● ●

先祖代々のお墓 (場所及び連絡先：〇〇霊園 TEL：〇〇—〇〇〇〇)

すでに購入しているお墓 (場所及び連絡先：)

新たにお墓を購入してほしい 納骨堂

手元供養 (自宅供養) してほしい 家族や親族の判断に任せる

● ● お墓にかかる費用 ● ●

年金や保険金を費用にあててほしい

保険で用意している (保険名： 連絡先：)

家族や親族の判断に任せる

● ● その他の葬儀・お墓に関する希望 ● ●

喪主は檀原 次郎にお願いしたい。

できるだけ質素な葬儀にしてほしい。

親族の連絡先に載っている親族を葬儀によんでほしい。

先祖代々の墓は檀原 次郎に承継したい。

入院やもしもの時の連絡先について

親族の連絡先

氏名	住所・電話番号・入院時や葬儀時の連絡の希望
○○ ○○ (続柄： 弟)	住所：〒○○○-○○○○ ○○市○○町○○ 電話番号：○○-○○○○ 入院時連絡 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
○○ ○○ (続柄： 子)	住所：〒○○○-○○○○ ○○市○○町○○ 電話番号：○○-○○○○ 入院時連絡 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
○○ ○○ (続柄： 姪)	住所：〒○○○-○○○○ ○○市○○町○○ 電話番号：○○-○○○○ 入院時連絡 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
(続柄：)	住所：〒 - 電話番号： 入院時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
(続柄：)	住所：〒 - 電話番号： 入院時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
(続柄：)	住所：〒 - 電話番号： 入院時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない

● ● 友人・知人の連絡先 ● ●

氏名	住所・電話番号・入院時や葬儀時の連絡の希望
○○ ○○ (関係：友人)	住所：〒○○○-○○○○ ○○市○○町○○ 電話番号：○○-○○○○ 入院時連絡 <input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
○○ ○○ (関係：友人)	住所：〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○○ 電話番号：○○-○○○○ 入院時連絡 <input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
○○ ○○ (関係：知人)	住所：〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○○ 電話番号：○○-○○○○ 入院時連絡 <input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない
(関係：)	住所：〒 — _____ 電話番号： _____ 入院時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
(関係：)	住所：〒 — _____ 電話番号： _____ 入院時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
(関係：)	住所：〒 — _____ 電話番号： _____ 入院時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 葬儀時連絡 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない

● ペットについて ●



名前：ハナ
種類：柴犬
生年月日：平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日生 性別： オス ・ メス
接種済みの予防接種： ○○○
避妊・去勢手術： あり なし
かかりつけの病院 病院名：○○ペットクリニック 連絡先：○○—○○○○
ペット保険 保険会社名： 連絡先：
備考（飼育場所・性格・癖など）室内で飼っている。おとなしい性格。

名前： 種類：
生年月日： 年 月 日生 性別： オス ・ メス
接種済みの予防接種：
避妊・去勢手術： あり なし
かかりつけの病院 病院名： 連絡先：
ペット保険 保険会社名： 連絡先：
備考（飼育場所・性格・癖など）

私に何かあった時は・・・

氏名： （続柄 ）さんをお願いしてあります。

住所：

電話番号：

● その他、何かあった時のペットに関する希望 ●



● 大切な人へのメッセージカード ●

私にもしもの事があった場合、以下のメッセージを本人に届けて下さい。

_____ ^

_____ より

キリトリ

_____ ^

_____ より

キリトリ

_____ ^

_____ より

私にもしもの事があった場合、以下のメッセージを本人に届けて下さい。

^

より

キリトリ

^

より

キリトリ

^

より

キ
リ
ト
リ

緊急時意思表示携帯カード



～ もしも事があった時、

あなたはどんな治療を望みますか？ ～

※このカードは、自分の意思を家族や友人、医療関係者に伝える為のカードです。

表と裏の必要事項をご記入の上、右下部分を【キリトリ】線より切り取って、点線の部分で折り返し、財布等に入れて持ち歩いて下さい。

☆延命治療とは

- ・・・生きる時間を延ばすことを目的とする治療。

〔心臓マッサージ・電気ショック・人工呼吸器
気管切開・胃ろうを含む経管栄養〕

・人工呼吸器

- ・・・肺に出入りする空気の流れを補助する機械。(呼吸の補助)

・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、気管に穴を開けること。

・経管栄養

- ・・・食事が摂れなくなった時、鼻や腹部から体内に直接栄養を入れる方法。

キリトリ

不治の病や、不慮の事故で
意思表示ができない時の
延命治療の希望について・・・

私は延命治療について
以下、チェックした項目を
希望します。

- ・最後まで、出来る限りの延命治療をしてほしい (はい・いいえ)
- ・回復の見込みがないと判断された時点で、一切の延命治療を希望しない (はい・いいえ)
- ・苦痛を和らげる緩和的治療を重視してほしい (はい・いいえ)
- ・継続的な栄養補給は希望しないが、水分補給程度の点滴はしてほしい (はい・いいえ)

※このカードに法的効力はありませんが、
自分の意思表示として持ち歩いておきましょう。 18

記入日： 年 月 日

橿原市



氏名*

住所*

TEL*

生年月日*

かかりつけの医院*

TEL*

緊急連絡先・・・

氏名*

TEL*

● 相談窓口等連絡先 ●

平成30年10月1日時点

● 橿原市役所（分庁舎） ●

住所：〒634-8509 奈良県橿原市内膳町1丁目1-60 電話番号：0744-22-4001

相談内容	相談窓口	電話番号
介護保険に関すること	介護保険課	0744-22-8108
後期高齢者医療・国民健康保険 に関すること	保険医療課	0744-47-2640
住民票・戸籍・年金に関すること	市民窓口課	0744-47-2639
市税に関すること	税務課	0744-47-2634
生活困窮に関すること	福祉総務課	0744-22-8301
障がい福祉に関すること	障がい福祉課	0744-20-0015
生活保護に関すること	生活福祉課	0744-29-8250

● 橿原市役所（本庁舎） ●

住所：〒634-8586 奈良県橿原市八木町1丁目1-18 電話番号：0744-22-4001

相談内容	相談窓口	電話番号
火葬に関すること	環境衛生課	0744-47-3511

● 保健福祉センター ●

住所：〒634-0065 奈良県橿原市畝傍町9-1

相談内容	相談窓口	電話番号
高齢者の介護などに関すること	地域包括支援センター	0744-24-4301

● かしはら街の介護相談室 ●

高齢者の相談窓口です お近くの窓口へご相談下さい

平成30年10月1日時点

小学校区	受託事業者	所在地	電話番号
耳成小学校区	檀原の郷	飯高町 7-1	21-1111
耳成南小学校区	ケアステージみみなし	常盤町 158-1	21-2001
晩成小学校区	あすならホーム畝傍	大久保町 287-1	24-1165
鴨公小学校区	大和三山	膳夫町 477-17	23-6688
香久山小学校区	香久山インパレス	戒外町 7	29-5001
畝傍東小学校区	檀原園	見瀬町 265	27-2424
畝傍南小学校区	檀原園	見瀬町 265	27-2424
畝傍北小学校区	あすならホーム畝傍	大久保町 287-1	24-1165
白檀南小学校区	桃寿園	北越智町 345	27-7260
白檀北小学校区	桃寿園	北越智町 345	27-7260
今井小学校区	ぽれぽれケアセンター 白檀	北越智町 322	28-6511
真菅小学校区	ぽれぽれケアセンター 白檀	北越智町 322	28-6511
真菅北小学校区	檀原の郷	飯高町 7-1	21-1111
耳成西小学校区	檀原の郷	飯高町 7-1	21-1111
金橋小学校区	かなはし苑	雲梯町 94-1	24-5551
新沢小学校区	西井クリニック	光陽町 100-21	080-5349-0001