



マチレット

橿原市

～おもいで～

(エンディングノート)



名前

2026年度



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。

もくじ・・・

私について	2	入院やもしものの時の	
健康について	4	連絡先について	14
医療について	5	ペットについて	16
延命治療について	6	大切な人へのメッセージカード ...	17
介護が必要になったとき	7	緊急時意思表示携帯カード ...	18
財産管理について	8		
財産について	9		
遺言書について	11		
葬儀・お墓について	12		



※個人情報が含まれるため、大切に保管しましょう。

※当冊子には、法的効力はありません。法的効力を求める場合は、遺言書の作成が必要となります。



マチレットは、自治体から市民へ専門性が高い情報をよりわかりやすく確実に伝える、地域に寄り添う“マチのブックレット”です。

2026年7月発行
発行：橿原市 長寿介護課
編集・デザイン：株式会社ジチタイアド

※当冊子の著作権を侵害する行為（SNSやHPへの無断転載、デザインや文言の流用、複製物の商用利用等）は法律で禁じられています

【記入日】 年 月 日

私について

ふりがな

氏名：

(旧姓：)

生年月日：

年

月

日

現住所： 〒

—

出生地：

本籍：

電話番号

自宅：

携帯：

FAX：

メールアドレス

携帯：

パソコン：

勤務先

名称：

所在地：

電話番号：

緊急連絡先①

氏名：

(続柄：

)

住所： 〒

—

電話番号

自宅：

携帯：

緊急連絡先②

氏名：

(続柄：

)

住所： 〒

—

電話番号

自宅：

携帯：

●思い出に残っていること

●私が大切にしてきたこと・伝えておきたいこと

これからやりたいこと

☐ 旅行に行きたい

行き先:

☐ 習い事をしたい

具体的に:

☐ 健康づくり

具体的に:

☐ ボランティアをしてみたい

具体的に:

☐ 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：

医師名：

住所：

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
(才頃)		
(才頃)		
(才頃)		
(才頃)		

● 服用中の薬

薬の名前

薬の保管場所

お薬手帳の保管場所

● 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 マイナ保険証・資格確認書・介護保険証など

名称	番号など	保管場所

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：

続柄：

の意見を尊重して決めてください。

住所：

〒 ー

連絡先：

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

延命治療についての緊急時意思表示携帯カードは【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	氏名:	連絡先:
☐ 兄弟・姉妹	氏名:	連絡先:
☐ 子	氏名:	連絡先:
☐ 知人	氏名:	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

財産管理について

現在、財産管理をお願いしている人や今後、お願いしたい人はいますか？

☐ いる ☐ いない ☐ 特に考えていない

●【いる】場合・・・現在、財産管理をお願いしている人

氏名： (続柄：)

住所： 〒

電話番号：

●【いない】場合・・・今後、お願いしたい人

☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 兄弟・姉妹 ☐ 成年後見人

☐ 親族 ☐ その他

お願いしたい人の情報

氏名： (続柄：)

住所： 〒

電話番号：

※ 成年後見制度とは？

認知症などの理由で、判断能力が不十分な人を支援する制度です。

家庭裁判所によって選ばれた成年後見人が、本人の利益を考えながら、本人を代理して財産管理や日常生活での契約などを行い支援します。

◆ 財産管理についての相談先 ◆

橿原市地域包括支援センター 北エリア・・・成年後見の手続き、相談
電話番号：0744-20-3366

橿原市地域包括支援センター 南エリア・・・成年後見の手続き、相談
電話番号：0744-24-4301

奈良家庭裁判所 葛城支部・・・・・・成年後見の手続き、相談
電話番号：0745-40-2517

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

◆ 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
	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()		
	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()		

※暗証番号は記載しないでください。

● 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
電話番号:	保管場所()		受取人()
電話番号:	保管場所()		受取人()
電話番号:	保管場所()		受取人()

● 不動産 土地・不動産

名称・種類	所在地	名義

● 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

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

●【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 年 月 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、身近な法律问题
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：0742-81-8511
高田公証役場 電話番号：0745-22-7166

葬儀・お墓について

葬儀の実施と規模

- ☐ しなくても良い ☐ 家族や親族だけでしてほしい(家族葬)
- ☐ 一般的な規模で良い ☐ できるだけ盛大な葬儀にしてほしい
- ☐ 家族や親族の判断に任せる

葬儀の宗教

- ☐ 仏教 ☐ キリスト教 ☐ 神道 ☐ その他
- ☐ 無宗教 ☐ 家族や親族の判断に任せる

●菩提寺や特定の神社・教会や宗派を希望する場合・・・

名称：

宗派：

住所：

連絡先：

葬儀を行う会場

- ☐ 特に希望はない ☐ 自宅で行ってほしい ☐ 葬儀場で行ってほしい
- ☐ 葬儀社や互助会で生前予約している

事業者名：

連絡先：

葬儀にかかる費用

- ☐ 年金や保険金を費用にあててほしい
- ☐ 保険・共済などで工面してほしい
- ☐ 家族や親族の判断に任せる
- ☐ 特に考えていない

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:

- ☐ 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

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:)	住 所:〒 電話番号:	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない
(続柄:)	住 所:〒 電話番号:	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない
(続柄:)	住 所:〒 電話番号:	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない
(続柄:)	住 所:〒 電話番号:	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない
(続柄:)	住 所:〒 電話番号:	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない
(続柄:)	住 所:〒 電話番号:	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ 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:)	住 所:〒	—
	電話番号:	
	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない
(関係:)	住 所:〒	—
	電話番号:	
	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない
(関係:)	住 所:〒	—
	電話番号:	
	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない
(関係:)	住 所:〒	—
	電話番号:	
	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない
(関係:)	住 所:〒	—
	電話番号:	
	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない
(関係:)	住 所:〒	—
	電話番号:	
	入院時連絡 ☐ する ☐ しない	葬儀時連絡 ☐ する ☐ しない

【記入日】

年

月

日

ペットについて



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):	

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: 〒 ー		
電話番号:		

●その他、何かあった時のペットについての希望



【記入日】 年 月 日

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下記の方へ届けてください。

へ

より

キリトリ

へ

より

キリトリ

へ

より

キリトリ

緊急時意思表示携帯カード

～ もしもの事があった時、
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。
このカードを自分の意思表示として持ち歩いておくことが、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。
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、折り返し線の部分で折り返し、財布等に入れて持ち歩いてください。



キリトリ

●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。

※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。

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)



キリトリ



記入日： 年 月 日

キリトリ

檀原市

緊急時意思表示 携帯カード

氏名：

住所：

TEL：

生年月日：

TEL：

氏名：

緊急連絡先：

TEL：

かかりつけの医院：



キリトリ

