

もしもの時のために



緊急連絡先

①氏名	(続柄)
電話番号(自宅)	(携帯電話)
②氏名	(続柄)
電話番号(自宅)	(携帯電話)

重篤な病の告知について

病名： ☐希望する ☐希望しない
余命： ☐希望する ☐希望しない
☐自分の代わりに（ ）に判断を委ねたい

終末期の医療の希望（複数回答の場合もあります）

☐できるだけ延命・救命治療をしてほしい
☐なるべく自然な状態で見守ってほしい
☐苦痛を和らげる処置を希望する
☐自分で判断できない状態の時は
(氏名) (本人との関係) に相談してほしい
例：かかりつけ医師・ご家族など
☐その他の希望（ ）

さいごを過ごしたい場所

☐自宅 ☐病院 ☐介護施設 ☐その他（ ）
☐自分の代わりに（ ）に判断を委ねたい

お墓について

☐準備済 ☐検討中
☐自分の代わりに（ ）に判断を委ねたい

監修：東久留米市在宅医療・介護連携推進協議会
発行：東久留米市福祉保健部介護福祉課 令和7年4月



わたしの 覚え書きノート (東久留米市版)

「東久留米版わたしの覚え書きノート」は、ご本人の覚え書きとして、また、万が一ご自身のことをきちんと伝えられなくなった時にも、ご本人の気持ちが尊重され、安心した生活を送るための準備として、ぜひご活用ください。

～ACPとは～

もしもの時のために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を「ACP:アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)」と呼びます。あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたやご家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

氏 名

年 月 日 記入

このノートがいざという時にどこにあるか、信頼する人に保管場所を伝えておきましょう。また、一度記入しても、時間がたてば気持ちは変わっていくものです。年に1度(お誕生日などに)見直しをしましょう。

○ わたしのからだのこと



生年月日： 年 月 日（ 歳）

血液型：（ 型） アレルギー：（ ）

かかりつけ医： 先生 電話番号

医療機関・担当科等	病名等	医療機関・担当科等	病名等
これまでに経験した病気、けが、入院、手術など			

○ わたしの介護のこと



介護が必要になった時に生活したい場所

☐ 自宅 ☐ 介護施設 ☐ その他（ ）

介護費用（複数回答の場合もあります）

☐ 年金から ☐ 預貯金から（ ）

☐ 加入保険から（ ） ☐ その他（ ）

○ わたしの資産のこと



財産・証書管理について

わたしに判断能力がなくなった場合は

☐（ ）（続柄 ）にお願いする

☐ 成年後見人にお願いする

☐ 任意後見人がいる

☐ いないが今後決めたい

財産・証書を管理する人の連絡先

氏名（続柄）

電話番号（自宅）（携帯電話）

○ わたしの大切な人たち



家族・親族 友人・知人	続柄	連絡先
相談にのってくれている人	関係	連絡先

大切な人へのメッセージ

○ 大事にしていること



好きな食べ物・飲み物	
楽しみにしていること	
その他	

○ 心配なこと・嫌だと思うこと


