

はじめに

自分の人生を最後まで「自分らしく生きる」とはどういうことでしょうか。

考えたくはないことですが、人は、平等に老い、やがて死がおとずれます。

このノートに普段から自分の想いを書きとめておくことで、病気や事故、認知症など、ご自身の意思を伝えることが出来なくなった時、あなたの意思を伝えることが出来ます。

またノートを書いていくことで、これまでの人生を振り返りこれからの人生をどう過ごすかを考える機会にもなります。

あなたが「自分らしく生きる」ため、このノートを活用してください。



ノートの書き方

1. すべてのページを埋める必要はありません。

あなたが書けるページ（必要だと思うページ）を選んで書いて下さい。

また、一度に書く必要性はありません。

無理をせず、自由に選んで書きましょう。

2. 定期的に見直しましょう。

何度も書き直しても構いません。

定期的に戻り、状況に応じて修正や、書き直しをしましょう。

修正や書き直しをした場合は、その日付を書きとめておきましょう。



3. このノートを身近な人に伝えておきましょう。

ノートを書き上げ「もしも」の時に役に立たつよう、身近な人には知らせておきましょう。

4. このノートには法的な拘束力はありません。

遺言書とは異なり、法的な拘束力はありません。もし、法的な拘束力が必要な場合は、遺言書の作成が必要となります。

目次

わたしのこと

- わたしのこと p 3
- これまでのわたし p 4
- 今のわたし p 5
- わたしの健康状態 p 6
- わたしの病歴 p 7

大切な人たち

- 連絡をしてほしいリスト p 8
- 大切なペット p 9

介護・医療かいご いりょうについて

- 介護に関する事 p 10
- 医療に関する事 p 11
- 判断能力が低下した時について p 12

あとのこと

- 葬儀に関する事 p 13
- お墓に関する事 p 14
- 遺言に関する事 p 14

財産について

- 財産に関する事 p 15
- その他のサービス p 17

高齢者総合相談窓口

- 高齢者に係る全般的な相談の窓口 p 18
- 金銭管理や成年後見制度せいねんこうけんせいどに関する事 p 18

わたしのこと

【記入日：年 月 日】

【更新日：年 月 日】

【更新日：年 月 日】

わたしのこと

(ふりがな)		生年月日	大正・昭和・平成		
氏名			年	月	日
住所					
本籍地					
電話番号		携帯番号			
血液型	A	B	0	AB	Rh (+) (-)
マイナンバー	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている 保管場所 ()				
運転免許証	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている 保管場所 ()				
緊急連絡先	氏名		続柄		
	住所		TEL		
	氏名		続柄		
	住所		TEL		

メモ



これまでのわたし（思い出を書き綴ってみましょう）

誕生	(出生地や名前の由来など)
幼いころ	
小学校	
中学校	
高等学校	
大学（専門学校等）	
20～30 歳代	
40～60 歳代	
70 歳代～今まで	
大切な思い出	




【記入日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

今のわたし

趣味・特技	
好きな食べ物	
嫌い（食べられない）な食べ物	
好きな色	
好きな音楽	
好きな本・映画	
お気に入りの場所	
〈日課〉 朝（起床時間や食事時間等）	
昼	
夜	
これからしてみたいこと 	

【記入日：年 月 日】

【更新日：年 月 日】

【更新日：年 月 日】

わたしの健康状態

健康保険証	種類 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 退職者医療保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他 () 番号 _____ 保管場所 ()
その他の証明書等	<input type="checkbox"/> 介護保険証 有 ・ 無 保管場所 () <input type="checkbox"/> 障害者手帳 有 ・ 無 保管場所 () <input type="checkbox"/> その他 () 保管場所 ()
かかりつけ医	病院名 担当医師名 住所 TEL 病名
	病院名 担当医師名 住所 TEL 病名
	病院名 担当医師名 住所 TEL 病名
かかりつけ歯科	病院名 住所 TEL
かかりつけ薬局	薬局名 住所 TEL お薬手帳 無 有 (保管場所：)

わたしの病歴

病 歴	病名	何歳から	病院名	治療状態	服薬（薬の名前）
				完治 治療中 経過観察中	
				完治 治療中 経過観察中	
				完治 治療中 経過観察中	
				完治 治療中 経過観察中	
				完治 治療中 経過観察中	

メモ



【記入日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

連絡をしてほしいリスト

大切な人たち

氏名		続柄	
住所		TEL	
備考	<input type="checkbox"/> 入院時に知らせる <input type="checkbox"/> 死亡時に知らせる <input type="checkbox"/> その他伝えたいこと		

氏名		続柄	
住所		TEL	
備考	<input type="checkbox"/> 入院時に知らせる <input type="checkbox"/> 死亡時に知らせる <input type="checkbox"/> その他伝えたいこと		

氏名		続柄	
住所		TEL	
備考	<input type="checkbox"/> 入院時に知らせる <input type="checkbox"/> 死亡時に知らせる <input type="checkbox"/> その他伝えたいこと		

氏名		続柄	
住所		TEL	
備考	<input type="checkbox"/> 入院時に知らせる <input type="checkbox"/> 死亡時に知らせる <input type="checkbox"/> その他伝えたいこと		

【記入日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

大切なペット

※もしものことがあったときに、誰かにペットの世話ををお願いすることを想定して記入してください。

■ ペットの種類 犬（ 匹） 猫（ 匹） その他（ ）

■ なまえ

■ 生年月日（歳）

■ 性別

■ 登録番号（犬）

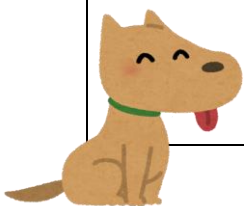
■ 避妊・去勢手術の有無

■ かかりつけの動物病院

■ ごはん 1日（ ）回 時間帯

■ 私にもしものことがあったら（〇〇さんに引き取ってもらいたい等）

■ その他（飼育するうえで伝えておきたいこと等）



介護に関すること

【記入日： 年 月 日】
 【更新日： 年 月 日】
 【更新日： 年 月 日】

〈介護をお願いしたい人〉

<input type="checkbox"/>	いる	氏名	続柄	TEL
		氏名	続柄	TEL
<input type="checkbox"/>	いない			

〈介護はどこで受けたいですか〉

<input type="checkbox"/>	なるべく自宅で過ごしたい	<input type="checkbox"/>	施設や病院で過ごしたい
<input type="checkbox"/>	家族や親族に任せる	<input type="checkbox"/>	その時々が一番良い場所で介護してほしい
<input type="checkbox"/>	今はまだ分からない	<input type="checkbox"/>	その他（ ）

〈介護費用について〉

<input type="checkbox"/>	私の貯金や年金・保険でまかなってほしい
<input type="checkbox"/>	保険に加入している（保険会社名： ）
<input type="checkbox"/>	家族・親族の判断に任せる
<input type="checkbox"/>	特に用意していない
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

メモ

【記入日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

医療に関すること

〈今後受たい医療について〉 今の気持ちに近いものを1つ選んで下さい

<input type="checkbox"/> 1日でも長く生きられるような治療を受けたい
<input type="checkbox"/> 最先端の医療を受けたい
<input type="checkbox"/> 期間を決めて治療を受けてから、それから考えたい
<input type="checkbox"/> 病気を治すことを目指してどんな治療でも受けたい
<input type="checkbox"/> 痛みや苦しみを和らげるための十分な処置や治療を受けたい
<input type="checkbox"/> できるだけ自然な形で最期を迎えられるよう、必要最低限の治療を受けたい
<input type="checkbox"/> 今は考えたくない・考えられない
<input type="checkbox"/> 分からない
<input type="checkbox"/> その他

〈告知について〉 今の気持ちに近いものを1つ選んで下さい

<input type="checkbox"/> 病名・余命を告知してほしい	<input type="checkbox"/> 病名のみ告知してほしい
<input type="checkbox"/> 余命が 月以上であれば病名・余命を告知してほしい	
<input type="checkbox"/> 告知はしないでほしい	<input type="checkbox"/> 家族・親族に任せる
<input type="checkbox"/> 今は分からない・決められない	<input type="checkbox"/> その他 ()

救命医療と延命医療

救命とは… 回復の見込みがあるときに、生命を救うための医療措置

延命とは… 回復の見込みがなく、死が避けられなくても生命を少しでも伸ばすための医療措置

例えば、人工呼吸器・気管挿管・胃ろう・高カロリー輸液等

延命処置について

<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
<input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> 家族・親族に任せる
<input type="checkbox"/> その他	

【記入日：年 月 日】

【更新日：年 月 日】

【更新日：年 月 日】

判断能力が低下した時について

私の想いを踏まえ、代わりに判断をしてくれる人がいる

名前

続柄

TEL

名前

続柄

TEL

にんいこうけんじん任意後見人

名前

住所

TEL

契約内容

代理人

名前

住所

TEL

契約内容

特に契約していない

私の想いを踏まえ、代わりに判断してくれる人がいない

メモ

<葬儀に関すること>

【記入日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

<input type="checkbox"/> 葬儀を自分の希望どおりにしてほしい（下の表のとおり）
<input type="checkbox"/> 葬儀については、既に生前契約等をしている
葬儀業者名（ ） 連絡先（ ）
<input type="checkbox"/> 葬儀はしてほしいが、内容は遺族に任せる
<input type="checkbox"/> 葬儀は身内や親しい友人のみでしてほしい
<input type="checkbox"/> 葬儀は必要ない

宗 派	（ ）		
菩提寺・教会等	（ ）		
希望する葬儀会社	<input type="checkbox"/> ある	業者名	連絡先
	<input type="checkbox"/> ない		
葬儀費用	<input type="checkbox"/> 用意あり	<input type="checkbox"/> 預貯金を使う	<input type="checkbox"/> 保険金を使う
	<input type="checkbox"/> 用意なし		
喪主の希望	<input type="checkbox"/> 任せたい人		
	（名前 連絡先 ）		
	<input type="checkbox"/> ない		
戒名	<input type="checkbox"/> 特に希望はない <input type="checkbox"/> 標準的な戒名等を付けてほしい		
	<input type="checkbox"/> お金がかかってもいいので、良い戒名等を付けてほしい		
	<input type="checkbox"/> 戒名等はすでに持っている（具体的に ）		
	<input type="checkbox"/> 戒名等は必要ない		
挨拶や弔辞を	名前	連絡先	
お願いしたい人	名前	連絡先	
会場の希望	<input type="checkbox"/> ある	会場名	連絡先
	<input type="checkbox"/> お任せする		

祭壇の希望	<input type="checkbox"/> ある	具体的に
	<input type="checkbox"/> お任せする	
香典	<input type="checkbox"/> お任せする	<input type="checkbox"/> いただく
	<input type="checkbox"/> 辞退する	<input type="checkbox"/> その他（ ）
供花	<input type="checkbox"/> いただく	<input type="checkbox"/> 辞退する
	<input type="checkbox"/> 希望する花がある	
棺の中に入れてほしいもの	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（ ）
遺影	<input type="checkbox"/> お任せする	<input type="checkbox"/> 決めている（保管場所）
納官時の衣装	<input type="checkbox"/> お任せする	<input type="checkbox"/> 決めている（保管場所）
その他		

〈お墓に関すること〉

<input type="checkbox"/> すでに購入しているお墓がある
<input type="checkbox"/> 先祖代々のお墓に入りたい
<input type="checkbox"/> 新たにお墓を購入してほしい
購入名称や住所（ ）
購入資金（ ）
<input type="checkbox"/> 特に希望はない
<input type="checkbox"/> その他

〈遺言に関すること〉

<input type="checkbox"/> 遺言書を作成していない	
<input type="checkbox"/> 遺言書を作成している	
作成日	保管場所
種類	<input type="checkbox"/> 自筆証書遺言 <small>じひつしょうしょゆいごん</small> <input type="checkbox"/> 公正証書遺言 <small>こうせいしょうしょゆいごん</small>
遺言執行人 <small>ゆいごんしっこうにん</small>	名前（ ）連絡先
その他	

〈財産に関すること〉

【記入日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

【更新日： 年 月 日】

年金

基礎年金番号	加入したことがある年金の種類
	国民年金・厚生年金・共済年金・その他（ ）

貯金・預金のリスト

金融機関	支店名	種類	口座番号	名義	その他

株・債券・投資信託のリスト

種類	内容	名義	その他

不動産等のリスト

種類	場所等	名義	その他



生命保険など

保険会社	種類・内容	受取人	備考

借入金・ローン

借入先	借入金額	借入残高	月々の返済	返済方法	その他

クレジットカード

カード名	カード番号	連絡先	その他

口座引き落とし

項目	金融機関・支店名	口座番号	引落日	その他
(例) 電気代				



〈その他のサービス〉

携帯電話

契約会社	携帯番号	メールアドレス	パスワード

パソコン

メーカー	
パスワード	
メールアドレス	

SNS 等アカウント・ID・パスワード

種類	ID	パスワード	その他

メモ



高齢者に係る全般的な相談の窓口

主な相談内容

- ・介護保険制度や介護予防について
- ・高齢者の生活や心身の健康に関することについて
- ・近所の高齢者に関する心配事や気になる事について
- ・権利擁護(成年後見制度、相続、消費者被害など)について



五條市役所 介護福祉課 五條市地域包括支援センター

〒637-8501 五條市岡口1丁目3番1号

TEL 0747-22-4001 Fax 0747-25-2630

金銭管理や^{せいねんこうけんせいど}成年後見制度に関すること

金銭管理が不安になってきたときに使える制度

- ①社会福祉協議会の「日常生活自立支援事業」を利用する。

自分で判断するのが不安であったり、お金や大切な書類の管理に自信が無くなってきた場合にご利用できます。

訪問1時間あたり 1,300円必要 ※社会福祉協議会と契約を行います。

五條市社会福祉協議会

〒637-0043 五條市新町3丁目3番2号 市立福祉センター内

TEL 0747-24-4152 Fax 0747-24-4153

- ②^{せいねんこうけんせいど}成年後見制度

認知症が進行したり、脳梗塞等で意思疎通や判断能力が不十分になってしまった方を保護・支援するための制度です。

具体的には、不動産や預貯金などの財産管理、介護サービスの利用や施設に関する契約を結んだりすることが出来ます。

この成年後見制度には^{ほうていこうけんせいど}「法定後見制度」と^{にんいこうけんせいど}「任意後見制度」がありますが、いずれも有料の制度です。

ほうていこうけんせいど 法定後見制度

家庭裁判所が選任した成年後見人等が本人の利益を考えながら、本人を代理して契約など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出来ます。

にんいこうけんせいど 任意後見制度

将来、判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、あらかじめ自分が選んだ代理人(任意後見人)と、ご自身の生活や財産管理に関する事務について、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ものです。この契約は家庭裁判所が後見人を監督する「任意後見監督人」を選任するところから業務が始まります。

せいねんこうけんせいど 成年後見制度の相談窓口

一般社団法人 奈良県社会福祉士会 ばあとなあ・なら

〒634-0061 橿原市大久保町 320-11 奈良県社会福祉総合センター5階

TEL 0744-48-0722

公益社団法人 成年後見センター・リーガルサポート奈良支部

〒630-8325 奈良市西木辻町 320-5

TEL 0742-22-6707

日本司法支援センター奈良地方事務所 (法テラス奈良)

〒630-8241 奈良市高天町 38-3 近鉄高天ビル6階

TEL 050-3383-5450

奈良弁護士会

〒630-8237 奈良市中筋町 22-1

TEL 0742-22-2035

遺言に関する窓口

こうしょうやくば 公証役場

高田公証役場 〒635-0095 大和高田市大字大中 98 おがわビル2階

TEL 0745-22-7166

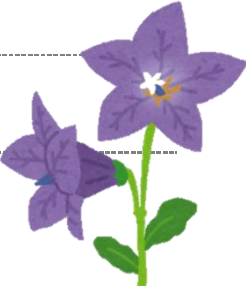
橋本公証役場 〒648-0073 橋本市市脇 1-3-18 橋本商工会館3階

TEL 0736-32-9745



大切なひとへのメッセージ（伝えたい言葉や感謝の気持ちを自由に書いてみましょう）

Blank writing area with horizontal dashed lines for text input.



マイ・ノート
～自分らしく生きるために～

発行 令和4年4月 第1版

令和6年1月 第2版

発行元 五條市あんしん福祉部介護福祉課