

わたしの希望ノート



このノートは

あなたの「今までの人生」と「これからの人生」を書くものです。

自分自身の振りかえりや、これからの事を考えることによって

これからの人生が、

いきいきと自分らしく過ごせるきっかけになればと思っています。

将来、認知症やもしもの時など

自分の意志が伝えられなくなった時、

大切な人に

あなたの「思い」や「希望」を知る

手助けになればと思っています。

書けるところや書きたいと思ったところから書いてみましょう。



わたしのこと

記入日 令和 年 月 日	修正日 令和 年 月 日
氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日生まれ
住所 鹿児島県大島郡	電話番号 携帯 固定

緊急連絡先①

氏名	関係	☎電話・携帯
住所		

緊急連絡先②

氏名	関係	☎電話・携帯
住所		

私の家族・友人		
氏名	☎電話・携帯	住所

* 医療や介護に関すること *

かかりつけの病院		☎電話番号	
治療中の病気		アレルギーや体質	
病気の履歴	発症年月	手術の履歴	手術年月

* 医療に関すること *

<p>病気の告知について</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ありのまま告知してほしい<input type="checkbox"/> 病名は告知しても余命は告知しないでほしい<input type="checkbox"/> 病名・余命ともに告知しないでほしい<input type="checkbox"/> 家族の判断にまかせる<input type="checkbox"/> 今はわからない<input type="checkbox"/> その他または特記事項
--

<p>終末期になった時について</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 心臓マッサージなどの心肺蘇生<input type="checkbox"/> 延命のための人工呼吸器<input type="checkbox"/> 胃ろうによる栄養補給<input type="checkbox"/> 鼻チューブによる栄養補給<input type="checkbox"/> 点滴による水分補給<input type="checkbox"/> 苦痛の緩和のみしてほしい<input type="checkbox"/> 家族の判断にまかせる<input type="checkbox"/> 今はわからない
--

* 財産管理について *

収入について

- 年金を受給している (国保・厚生・障害)
- 生活保護を受給している
- その他または特記事項

金銭管理について

- 自分でしている
- 家族・知人に任せている(間柄：)
- 福祉サービスを利用している(社会福祉協議会等の金銭管理)
- その他または特記事項

財産管理ができなくなったら

- 家族に任せる(間柄：)
- 福祉サービスの利用を希望(社会福祉協議会等の金銭管理)
- 後見人を決めている(承諾 有 無)
住所
電話
- 成年後見制度の利用を希望
- その他または特記事項

まめ知識 ～後見制度～

後見制度とは、認知症などの理由によって判断能力が低下したりと、将来の財産管理に不安がある時などに、財産管理や身上の監護について本人に代行して、家族や専門家が後ろ盾になってくれる制度です。利用するには、生活の本拠地を管轄する家庭裁判所に申立てを行います。

自分らしい最期について

最期を迎えたい場所の希望

- 自宅 病院 施設 家族や親族などにまかせる その他

【具体的希望】

連絡をとってほしい人・知らせたい人

氏名 (続柄：)

住所

☎連絡先

葬儀の希望

- 家族に任せる
 任せる人がいない
 その他または特記事項

遺影について

- 写真はない
 使ってほしい写真がある
保管場所

写真貼付場所

*現物があれば貼っておきましょう

お墓と納骨について

- 先祖からのお墓がある
 すでに購入している
 家族や親族などにまかせる
 その他または特記事項

**天城町役場
地域包括支援センター**

TEL : 85-5267



**徳之島町役場
地域包括支援センター**

TEL : 82-1111

**伊仙町役場
地域包括支援センター**

TEL : 81-7878

※このノートに書いた内容は、今後の状況に応じて変更可能です。

緊急時において、ノートの内容を関係機関等に提示することに同意します。

年 月 日 氏名：