



きずなノート



大切な方と話し合うきっかけや、あなたの
思いを整理するために活用してください。

あなたの情報



ふりがな	
氏名	男 女
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日
住所	〒 ー 萩市
固定電話	
携帯電話	

緊急連絡先



親族の連絡先

氏名	続柄	住所・電話番号
①		☎
②		☎
③		☎
④		☎

その他の連絡先

	氏 名	電話番号
担当ケアマネ () 事業所		☎
		☎
		☎

かかりつけ医（医師・歯科医師）

病院名	主治医	診療科
		科
		科
		科

よく行く薬局

薬局名

既往歴

治療中の病気（該当するものを○で囲んでください）

- ・高血圧症 ・糖尿病 ・脳梗塞 ・がん
- ・骨粗鬆症 ・心臓の病気 ・内臓の病気
- ・リウマチ ・精神疾患 ・認知症
- ・その他（ ）

入院時の手続きについて

今後のことをお願いしている人はいますか？

- ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 兄弟・姉妹
- ☐ 親族（ ）
- ☐ 後見人 ☐ 特にいない
- ☐ その他（ ）

入院する時に身元引き受けをお願いする人の連絡先

名前

続柄 _____ 連絡先 _____

もしもの時、自分の治療方針について
誰かが決めなくてはならない場合

名前

の意見を聞いて決めてください

続柄 連絡先

延命治療について

もし必要となった場合、あなたはどうしたいですか？

- ☐ 出来る限りの延命治療をしてほしい
- ☐ 家族・親族の判断に任せる
- ☐ 苦痛を和らげる治療は希望するが、
延命のみの治療はしないでほしい
- ☐ 延命治療はしないでほしい
- ☐ わからない 迷っている
- ☐ その他（

預貯金口座

金融機関	支店名
銀行 農協 漁協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
銀行 農協 漁協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
銀行 農協 漁協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所

メッセージ



大切な人に伝えたいこと

さんへ

さんへ



- このノートには法的な効力はありません。
- もしもの時に、あなたの希望を家族や支援する人に伝えるためのものです。
- 保険証やお薬手帳といっしょに携帯することもできます。
- 病気や認知症になる前に、これからどうしたいかを考えながら記入してみましょう。