

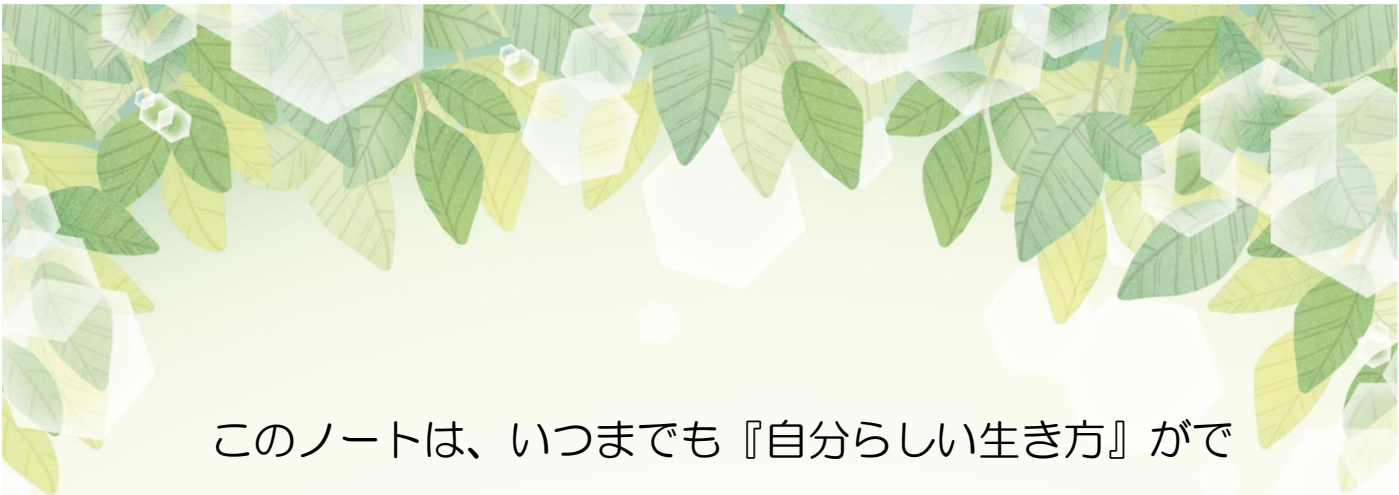
たかしまマイウェイノート

# 『もしものときに伝えたいこと』

～自分らしく生きるために～

記入日/ 年 月 日(初回)

記入日/ 年 月 日(更新)

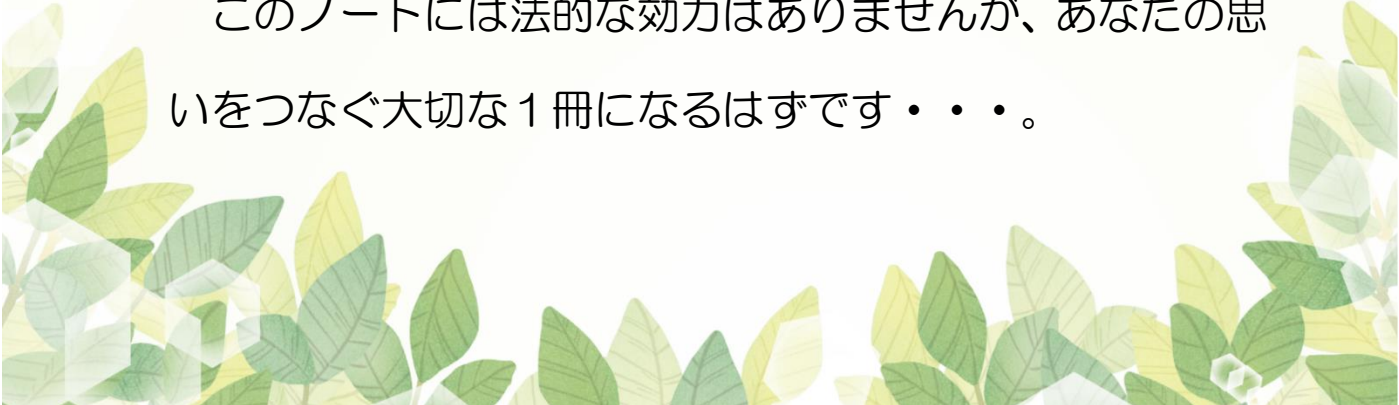


このノートは、いつまでも『自分らしい生き方』ができるよう、今までの人生を振り返り、今の思いやこれからのこと、もしもの時のことなど『自分はどうありたい』という思いを書き留めておくものです。

書きたい時に書きたいところから始めてみましょう。また、あなたの大切な人、あなたを大切に思っている人と話し合いながら書くのもいいでしょう。気持ちが変わったら何度でも書き直してください。

そして、何かの機会にこれをもとにあなたの思いを家族に伝えておくことがとても大切です。

このノートには法的な効力はありませんが、あなたの思いをつなぐ大切な1冊になるはずです・・・。



## ☘ 「たかしまマイウェイノート」の使い方 ☘

### 記入方法

- 書きたいところ、書きやすいところから始めてみましょう。
- 口欄は、あてはまる項目にチェックを入れてください。
- ページごとに記入日や書き替えた日付を入れましょう。
- 気持ちが変わったら何度でも書き替えてください。
- 自由記載欄は、今の希望や思いを書くなど自由にご活用ください。

### 保管について

- 「財産」、「その他の大切な情報」は、重要な個人情報を含むため、特に取り扱いに注意してください。
- このノートの保管場所を決めておきましょう。
- このノートの存在と保管場所を家族や大切な人に伝えておきましょう。
- 何かの機会に、このノートの内容について家族と話し合みましょう。

☘ このノートは、あなたの思いを大切な人に伝えるためのものであり、法的な効力はありません。

☘ 『たかしまマイウェイノート』は、高島市在宅医療・介護連携支援センター「チームたかしま」のホームページからもダウンロードすることができます。  
ノート全体の印刷や、必要なページのみ印刷して差し替えることもできます。

※「チームたかしま」ホームページURL ⇒ <http://www.t-takashima.net>

QRコードはこちら ⇒





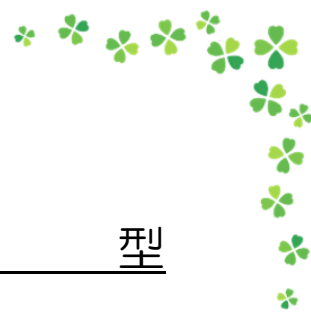
# 目次



1. 私のこと（基本情報）	1
2. 健康（かかりつけ医、傷病歴など）	2
3. 証明書・ライフライン（保険証、ライフラインなど）	3
4. これまでの私	4
5. これからの私	5
6. 私の家系図	7
7. 自分史年表	8
8. 医療（告知、延命治療など）	9
9. 介護（過ごしたい場所など）	11
10. 判断能力が低下したら（財産管理など）	12
11. 葬儀（葬儀、お墓など）	13
12. 連絡先（もしもの時に連絡してほしい人）	15
13. 大切な人へのメッセージ	16
14. ペットのこと	17
15. 遺言書（遺言書の有無など）	18
16. 財産（生命保険、預貯金など）	19
17. その他の大切な情報	21
18. もしもの時の手続き一覧	23
19. 相談窓口一覧	25



# 1. 私のこと（基本情報）



◇名前 \_\_\_\_\_ 血液型 \_\_\_\_\_ 型

◇生年月日 大正・昭和・平成・西暦 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 年 月 日 生

◇現住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

◇本籍 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

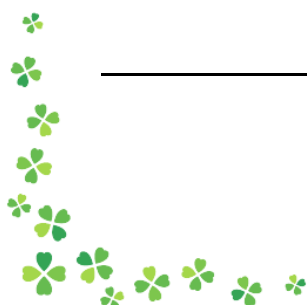
◇電話番号 \_\_\_\_\_

◇携帯電話 \_\_\_\_\_

◇メールアドレス \_\_\_\_\_

◇携帯メールアドレス \_\_\_\_\_

◇趣味や特技など \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日（ \_\_\_\_\_ 歳）

## 2. 健康



### ◇かかりつけ医

傷病名	医療機関名（主治医）	連絡先

### ◇主な手術歴

傷病名	年齢	医療機関名

### ◇服薬中の薬、アレルギーの有無

アレルギーあり（ \_\_\_\_\_ ）       なし

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）



### 3. 証明書・ライフライン



#### ◇保険証・運転免許証など

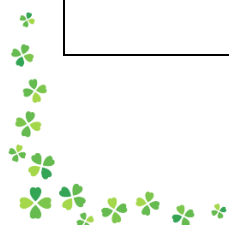
名称	記号・番号	保管場所など
健康保険証		
介護保険証		
運転免許証		
パスポート		
マイナンバーカード		

#### ◇公的年金・個人年金など

基礎年金番号	加入している・加入したことのある年金の種類 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 その他（ ）
--------	---

#### ◇ライフライン

名称	会社名	連絡先
電気		
ガス		
水道		
固定電話		
携帯電話		
インターネット		



記入日 年 月 日（ 歳）



#### 4. これまでの私



◇心に残っている思い出やできごとなど・・・

◇今の思いや楽しみなど・・・



記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

## 5. これからの私



◇やってみたいこと

◇行ってみたいところ

◇会いたい人



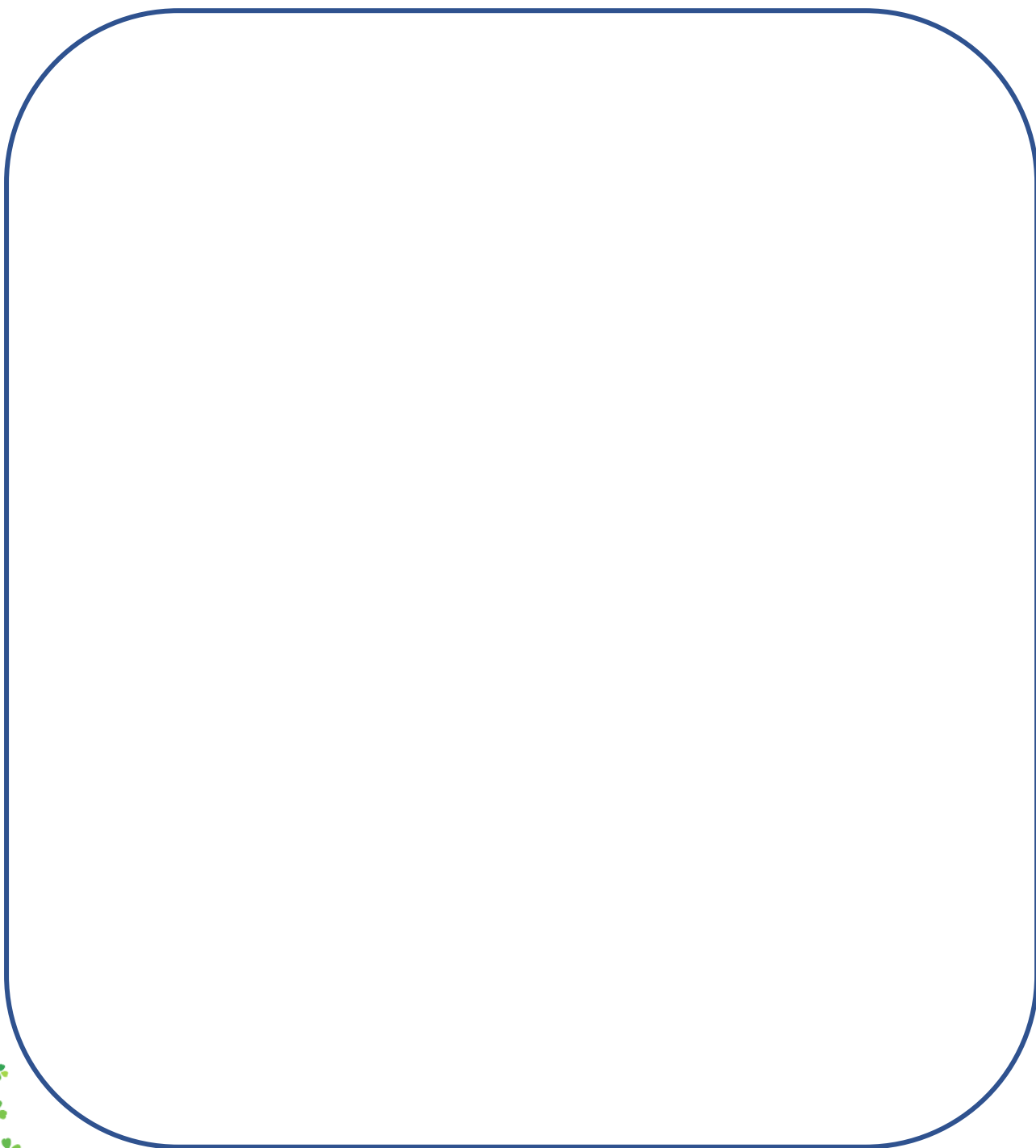
記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

◇その他（自由記載）

好きな食べ物や懐かしい食べ物・・・

自分の性格、大事にしてきた価値観やこだわり・・・

これからも大事にしたい生き方など自由に書いてください。



記入日 年 月 日（ 歳）

## 6. 私の家系図



私



記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

## 7. 自分史年表

年	私の歩み・できごと

記入日 年 月 日 ( 歳)

## 8. 医療



### ◇意思決定の代理について

もしもの時、私の治療方針について誰かが決めなくてはならない場合は

名前 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

の意見を聞いて決めてほしい。

今の思い ( \_\_\_\_\_ )

### ◇告知について

病名告知  すでに聞いている  希望する  希望しない

理由 ( \_\_\_\_\_ )

余命告知  すでに聞いている  希望する  希望しない

理由 ( \_\_\_\_\_ )

### ◇延命治療について ※延命治療とは・・・生きる期間を延ばすことを目的とする治療

もし必要になった場合は、次のように希望します。

- できる限り延命治療をしてほしい
- 延命より苦痛を和らげる治療をしてほしい
- 延命治療はしないでほしい

～たとえば以下のような場合は次のように希望します～

◆もしも食事が食べられなくなったらしてほしいこと（複数チェック可）

点滴  経管栄養(胃ろう含む)  どれもしてほしくない

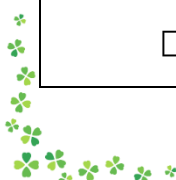
その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆もしも自力で呼吸ができなくなったらしてほしいこと（複数チェック可）

酸素吸入  気管切開  人工呼吸器  どれもしてほしくない

その他 ( \_\_\_\_\_ )

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)



## ◇人生の最期を迎えたい場所

<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> ホスピス・緩和ケア病棟
<input type="checkbox"/> サービス付高齢者住宅	<input type="checkbox"/> 老人ホームなどの施設	
<input type="checkbox"/> その他（ 理由〔 〕		

## ◇臓器提供について

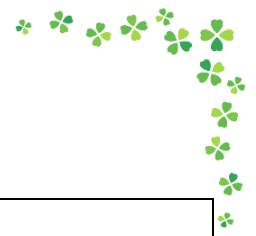
<input type="checkbox"/> 臓器提供を希望する（ドナーカード 有・無） 保管場所（ ）
<input type="checkbox"/> 献体を希望する（登録証 有・無） 保管場所（ ）
<input type="checkbox"/> 臓器提供・献体は希望しない
<input type="checkbox"/> 家族にまかせる
<input type="checkbox"/> その他（ ）

## ◇その他（自由記載）

記入日 年 月 日（ 歳）







## 10. 判断能力が低下したら

### ◇財産管理について

財産の管理をお願いしている人はいますか？

- 配偶者                       子                       兄弟・姉妹  
 親族（                      ）  
 特にい**ない**                       その他（                      ）



もしも自分で財産管理ができなくなったら、誰にお願いしたいですか？

- 配偶者                       子                       兄弟・姉妹  
 親族（                      ）  
 特にい**ない**                       その他（                      ）

現在、財産管理をお願いしている人、もしくは今後お願いしたい人

名前 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

### 「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方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、本人に代わって財産管理や日常生活での契約などを行い支援します。

成年後見制度を利用したいと思いますか？

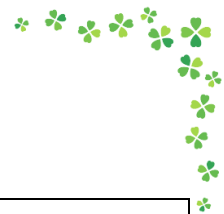
- 利用したい                       まだわからない

### その他の支援制度

その他にも「任意後見制度」や「地域福祉権利擁護事業」などがあり、ご本人の判断能力に応じた支援を受けることができます。いずれも、お近くの地域包括支援センターまたは高島市社会福祉協議会までご相談ください。ケアマネジャーがついておられる場合は、担当のケアマネジャーにまずは相談しましょう。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）





# 11. 葬儀

## ◇葬儀について

### 葬儀の実施について

- 普通にしてほしい
- 近親者のみの家族葬
- 家族に任せる
- その他 ( )

宗教・宗派等の名称：

所在地：

連絡先：

### 葬儀の場所

- 自宅
- 葬儀場
- その他 ( )

### 葬儀の業者

希望業者

( )

- 生前予約している (☎ )
- 会員になっている (☎ )
- 特に決めていない

### 棺に入れてほしいものがある

- はい ( )
- いいえ

保管場所

→ ( )

### 遺影用の写真を用意している

- はい
- いいえ

保管場所

→ ( )

### お墓について希望がある

- はい ⇒ ( )
- 特にない

法名（戒名）・洗礼名を受けている

- はい ( )
- いいえ

記入日 年 月 日 ( 歳)



◇その他（自由記載）

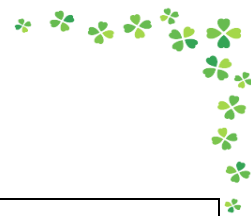


A large, empty rounded rectangular box with a dark blue border, intended for free text entry.

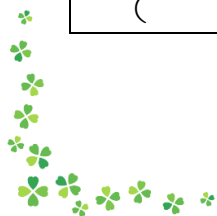


記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）

## 12. もしもの時に連絡してほしい人



名前（私との間柄）	住所 ・ 電話番号
( )	〒 住所 電話番号 ( )
( )	〒 住所 電話番号 ( )
( )	〒 住所 電話番号 ( )
( )	〒 住所 電話番号 ( )
( )	〒 住所 電話番号 ( )
( )	〒 住所 電話番号 ( )
( )	〒 住所 電話番号 ( )
( )	〒 住所 電話番号 ( )



記入日 年 月 日 ( 歳)

### 13. 大切な人へのメッセージ



\_\_\_\_\_さんへ

\_\_\_\_\_さんへ

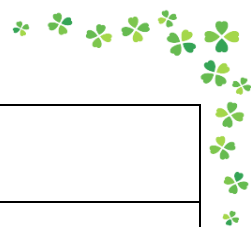
\_\_\_\_\_さんへ

\_\_\_\_\_さんへ



記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

## 14. ペットのこと



ペットの種類				名前		
生年月日	年	月	日生	性別	オス・メス	
登録番号(犬のみ)						
接種済みの予防接種						
避妊・去勢手術			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
かかりつけ動物病院			病院名	電話番号		
いつものごはん		回数	一日( )回	好きなごはん( )		
備考 (飼育場所・性格・くせなど)						
私にもしものことがあったら						

ペットの種類				名前		
生年月日	年	月	日生	性別	オス・メス	
登録番号(犬のみ)						
接種済みの予防接種						
避妊・去勢手術			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
かかりつけ動物病院			病院名	電話番号		
いつものごはん		回数	一日( )回	好きなごはん( )		
備考 (飼育場所・性格・くせなど)						
私にもしものことがあったら						



記入日 年 月 日 ( 歳)



## 16. 財産

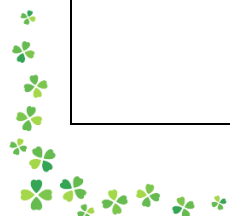


### ◇保険 生命保険・年金保険・傷害保険・火災保険など

保険会社名	種類・証券番号	受取人
	種類 ( ) 証券番号 ( )	
	種類 ( ) 証券番号 ( )	
	種類 ( ) 証券番号 ( )	
	種類 ( ) 証券番号 ( )	
	種類 ( ) 証券番号 ( )	

### ◇預貯金

金融機関名 支店名	口座番号	口座名義人 (フリガナ)



記入日 年 月 日 ( 歳)





◇その他の財産 株・公社債など

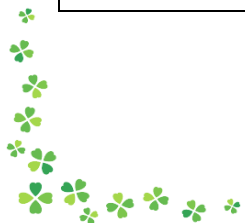
名称・銘柄・内容	名義	備考

◇不動産 家・土地・田畑など

名称・種類等	所在地	名義	備考

◇マイナスの財産 借入金・ローン・債務保証など

借入先（会社名など）	金額	返済状況



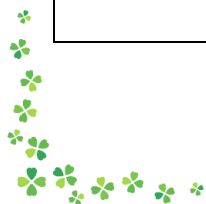
記入日 年 月 日（ 歳）

## 17. その他の大切な情報



### ◇パソコン・携帯・インターネット関連の覚え書


### ◇各種カード関連の覚え書

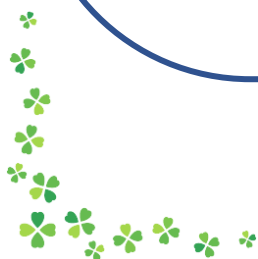



記入日 年 月 日 ( 歳)

◇その他（自由記載）



A large, empty rounded rectangular box with a blue border, intended for free text entry.



記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）

## 18. もしもの時の手続き一覧

死亡(を確認)した日からの経過日数	手続きの種類	必要書類	提出・申請先
5日以内	健康保険・厚生年金の手続き(会社の医療保険に加入している方)	<input type="checkbox"/> 資格喪失届 <input type="checkbox"/> 健康保険証	死亡者(または扶養者)の勤務先
7日以内	死亡届	<input type="checkbox"/> 死亡診断書 <input type="checkbox"/> 届出人の認印(任意)	市役所市民課・各支所(休日は本庁 宿日直窓口)
14日以内	国民健康保険・後期高齢者医療の資格喪失手続き	<input type="checkbox"/> 資格喪失届 <input type="checkbox"/> 国民健康保険証(世帯主が死亡の場合は、国保加入者全員の保険証) または後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類、マイナンバーカード等	市役所市民課・保険年金課・各支所
落ち着いたらすみやかに	後期高齢者医療保険料還付金の申請	<input type="checkbox"/> 相続人の振込先のわかるもの	市役所保険年金課・市民課・各支所
	後期高齢者医療高額療養費の申請	<input type="checkbox"/> 相続人の振込先のわかるもの	市役所保険年金課・市民課・各支所
	介護保険被保険者証返却・介護保険料の還付請求(該当する場合のみ)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険料還付金 <input type="checkbox"/> 座振込依頼書 <input type="checkbox"/> 相続人の振込先のわかるもの	市役所介護保険課・各支所
	障がい者手帳の返還	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳(身障・療育・精神)	市役所障がい福祉課・各支所
	福祉医療費受給券喪失届	<input type="checkbox"/> 福祉医療費受給券	市役所保険年金課・各支所
	介護用品等助成券の返還	<input type="checkbox"/> 未使用の助成券(介護用品・タクシー・ガリツ)	市役所介護保険課・各支所
	特定疾患医療受給者証の返還	<input type="checkbox"/> 特定疾患(指定難病)等医療受給者証	保健所
	在留カードの返却(証明書をお持ちの方)	<input type="checkbox"/> 特別永住者証明書	大阪入管(大津出張所)へ直接返却
	印鑑登録(カード)の返却	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証(カード)	市役所市民課・各支所

死亡(を確認)した日からの経過日数	手続きの種類	必要書類	提出・申請先
落ち着いたたらずみやかに	防災行政無線機に関する届	<input type="checkbox"/> 移動・返還届または世帯主変更届 (返還の場合は、無線機器、アンテナを取り外して返還)	市役所防災課・市民課・各支所
	市税の相続人代表者指定届	<input type="checkbox"/> 窓口の用紙に記入	市役所税務課・各支所
	上下水道関係の届	<input type="checkbox"/> 給水装置所有者・使用者変更届 または休止届	市役所本館お客様センター・各支所
2年以内	農地の相続等の届 (農地をお持ちの方)	<input type="checkbox"/> 届出人の認印 <input type="checkbox"/> 農家台帳または 固定資産税納税通知書	市役所農業委員会
	国民健康保険葬祭費・後期高齢者医療葬祭費・各種健康保険組合葬祭費の申請	<input type="checkbox"/> 喪主の認印 <input type="checkbox"/> 喪主の口座番号のわかるもの	市役所保険年金課・市民課・各支所 社保の方は加入する健康保険組合
	国民年金 死亡一時金の請求 (※死亡者が国民年金第1号被保険者の場合)	<input type="checkbox"/> 死亡者の年金手帳 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(死亡者の死亡日を明らかにする証明) <input type="checkbox"/> 請求者との関係を明らかにする戸籍証明 <input type="checkbox"/> 死亡者と請求者世帯全員の住民票の写し(マイナンバー記入により省略可) <input type="checkbox"/> 受取先口座番号のわかるもの等	詳しくは大津年金事務所に相談
5年以内	国民年金・厚生年金の未支給年金の請求 (※死亡者が年金受給者の場合)	<input type="checkbox"/> 死亡者の年金証書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(死亡者と受取人の関係を示す戸籍証明) <input type="checkbox"/> 死亡者と請求者世帯全員の住民票の写し(マイナンバー記入により省略可) <input type="checkbox"/> 受取先の口座番号のわかるもの (住所が別の場合は生計同一申立書が必要)	詳しくは大津年金事務所に相談

(令和6年4月現在)

※年金の手続きは、亡くなった方の年齢や健康保険の種別などによって必要な手続きが異なります。詳しくは窓口にてお問い合わせ下さい。

## 19. 相談窓口一覧

高齢者の健康や介護・福祉の相談などは

新旭・朽木地域にお住まいの高齢者の方は

◇高島市 地域包括支援センター（高齢者支援課）（高島市役所内）

高島市新旭町北畑 565 ☎ 0740-25-8150 Fax 0740-25-8054

マキノ・今津地域にお住まいの高齢者の方は

◇あいりんつむぎ地域包括支援センター（今津病院別館内）

高島市今津町南新保 87-1 ☎ 0740-22-2282 Fax 0740-22-2271

高島・安曇川地域にお住まいの高齢者の方は

◇高島・安曇川地域包括支援センター（JR 湖西線 近江高島駅 徒歩 1 分）

高島市勝野 3060-3 ☎ 0740-36-0857 Fax 0740-36-0858

介護保険の利用や申請受付は

◇介護保険課（高島市役所内）

高島市新旭町北畑 565 ☎ 0740-25-8029 Fax 0740-25-8054

生活上の心配ごとや生活の困窮に関する相談、成年後見制度の相談などは

◇高島市社会福祉協議会（高島市子ども若者応援ベース「みらくる」内）

高島市新旭町北畑 45-1 ☎ 0740-25-5720 Fax 0740-25-5177

障がいをお持ちの方の生活や支援制度などに関する相談は

◇障がい福祉課（高島市役所内）または お近くの支所

高島市新旭町北畑 565 ☎ 0740-25-8516 Fax 0740-25-8054

心や体の心配ごと、健康診断や健康づくりの相談は

◇健康推進課（高島市役所内）または お近くの支所

高島市新旭町北畑 565 ☎ 0740-25-8078 Fax 0740-25-5678 （令和6年4月現在）

## 高島市エンディングノート作成検討会議

(順不同 敬称略)

前田 昌彦	高島市医師会
岩谷 斉	教育関係者
寺井 要	高島市民生委員児童委員協議会連合会
山内 和江	湖西介護支援専門員連絡協議会
武内 美英子	滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会第7地区支部
前川 直行	高島市リハビリ連携協議会
松田 のり子	特別養護老人ホーム ニューサンライズ
松本 道也	高島市社会福祉協議会
角野 有美	高島市役所地域包括支援課
丹 遊子	高島市役所地域包括支援課
八谷 美佐子	高島市医師会事務局
清水 文枝	高島市医師会在宅療養支援センター

(令和3年12月作成時)



令和6(2024)年4月版

高島市医師会・高島市

お問合せ先

滋賀県高島市勝野 1667 番地 (高島市民病院内)

高島市医師会 在宅療養支援センター

TEL : 0740-20-9005 FAX : 0740-20-9006

より使いやすい冊子にするため、使用しての感想やご意見など上記までお寄せください。