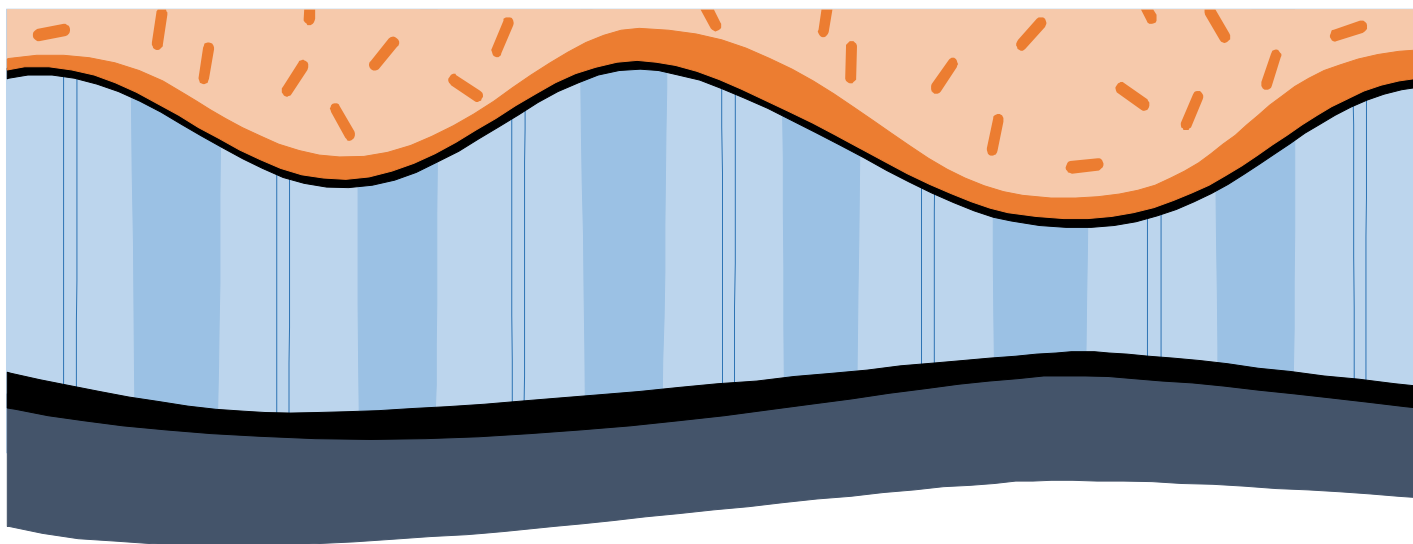




東京司法書士会三多摩支会

[エンディングノート]



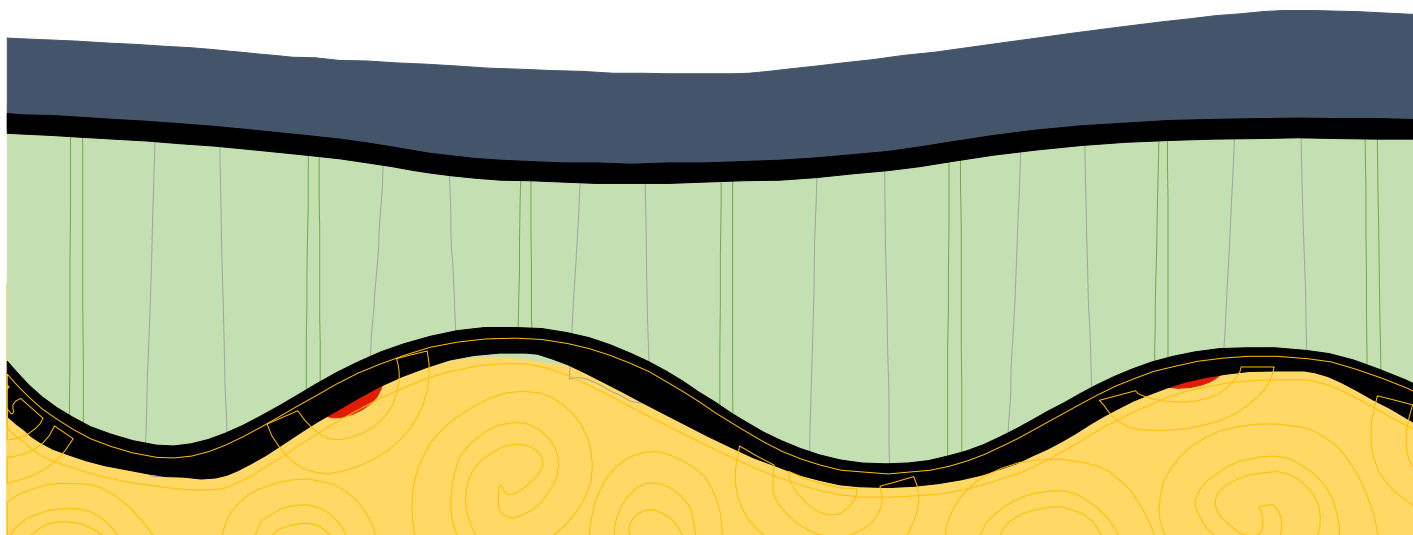
しほたん

身近版



冷蔵庫など目につきやすいところに貼っておきましょう

東京司法書士会 三多摩総合相談センター 無料 042-548-3933





東京司法書士会 三多摩支会 エンディングノート 身近版

赤い字の所は特に重要です。できるだけ記載するようにして下さい

じぶんのこと

記入日 年 月 日

名前 生年月日 年 月 日 血液型

住所 電話番号

携帯電話番号 メールアドレス

もしものの時の連絡先

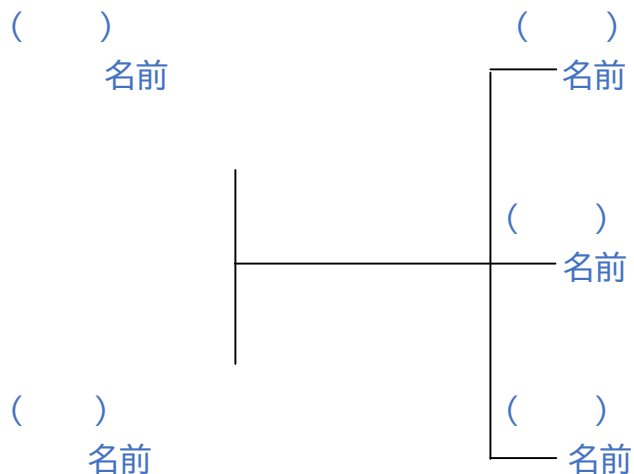
記入日 年 月 日

名前 続柄・関係 身元保証人等依頼 可 ・ 不可

住所 電話番号

携帯電話番号 メールアドレス

簡単な家系図



健康・病気のこと

記入日 年 月 日

かかりつけ医

病院 主治医

どんな症状で受診 電話番号

健康保険証 種類 番号
(マイナンバーカード紐づけ ・ それ以外)
保管場所

介護保険証 認定 保管場所

障害者手帳等 種類 保管場所

アレルギー等

飲んでいる薬 お薬手帳の保管場所

これまでの病歴

病名 病気になった時期

病院 現状

医療保険・がん保険・傷害保険 アフラック等

保険会社 保険名 指定代理人

保険証書保管場所

病名・余命告知について ☐告知してほしい ☐告知してほしくない
☐家族等にまかせる ☐その他

延命治療について

- ☐可能な限り延命治療を受けたい ☐回復の見込みがないなら希望しない
☐苦痛を少なくする事を重視する ☐その他

終末医療について

- ☐できるだけ自宅で過ごしたい ☐病院で看護を受けたい
☐ホスピスで過ごしたい ☐その他

臓器提供・献体について

- ☐臓器提供・献体を希望しない。
☐臓器提供意思表示カードを持っている 保管場所
☐献体の登録をしている 登録先

私が判断できないときの治療方針決定者

名前 連絡先 続柄・関係

その他、健康・病気について特に伝えたい事

介護のこと・認知症になった時のこと

記入日 年 月 日

介護をお願いしたい人

名前 連絡先 続柄・関係

財産管理をお願いしたい人

名前 連絡先 続柄・関係

- ☐地域福祉権利擁護事業(地権)の利用 有・無 ☐任意後見契約 有・無
☐日常生活自立支援事業の利用 有・無 ☐財産管理等委任契約 有・無
☐法定後見契約 有・無

介護の場所

- ☐自宅を希望
☐病院・施設を希望 希望施設があればその場所・名称
☐その他

介護の費用の計画

☐自分の財産でまかなう ⇒ ☐秘密版に記載してある財産(年金・預金) 有・無
☐その他_____

ペットについて

ペットの種類・名前_____

もしもの時の引取先

名前_____連絡先_____続柄・関係_____

その他飼育についてのコメント

その他、認知症・介護について特に伝えたい事

死後の事務(葬儀、埋葬、遺品整理、支払い)をお願いしたい人

名前_____連絡先_____続柄・関係_____

葬儀のこと

記入日 年 月 日

葬儀の場所・規模その他

☐一般葬(何名ぐらい 名) ☐家族葬 ☐直葬 ☐通夜 有・無
☐葬儀社等の生前契約 有・無 希望する葬儀社_____

☐喪主予定者 名前_____関係_____連絡先_____

☐葬儀主催宗教者希望 名前_____関係_____連絡先_____

☐祭祀承継者 名前_____関係_____連絡先_____

☐遺影の用意 有・無 保管場所_____

☐香典 有・無 ☐供花 有・無

葬儀の費用の計画

☐自分の財産でまかなう ⇒ ☐秘密版に記載してある財産(年金・預金) 有・無
☐その他_____

葬儀の連絡リスト

名前	連絡先	続柄・関係
名前	連絡先	続柄・関係
名前	連絡先	続柄・関係
名前	連絡先	続柄・関係

お墓のこと

記入日 年 月 日

お墓の場所その他

☐希望 有・無 ☐すでに用意してあるお墓 有・無 その場所・名称

☐宗教・宗旨の控え 教 宗派 菩提寺

宗教施設名 連絡先等

☐お墓について任せる人 名前 連絡先 続柄・

お墓の費用の計画

☐自分の財産でまかなう ⇒ ☐秘密版に記載してある財産(年金・預金) 有・無

☐その他

エンディングノートの秘密版を預けた人

記入日 年 月 日

名前 連絡先 続柄・関係

その他のメッセージ

記入日 年 月 日

連絡先や病歴・保険など複数ある場合はコピーしてご記入の上、張り付けて下さい

