

すみのえ あんしん ハート



住之江区地域包括支援センター
☎6686-2235

新北島地域相談窓口〈豊泉家〉
☎6683-4321



かかりつけの医療機関やケアマネジャー

1 名称 _____

住所 _____ ☎ - -

2 名称 _____

住所 _____ ☎ - -

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡すること

contact

誰に	何を
	»
	»
	»
	»

伝えたいこと

message

Large empty area for writing a message.

私について about myself

氏名

生年月日 年 月 日 生まれ

血液型 型

住所

電

本籍地

出生地



介護が必要になったとき when care was necessary

●一人での生活が難しくなったら？

- 自宅で介護してほしい その他 ()
 施設に入りたい

●病名や余命の告知は？

- してほしい その他 ()
 してほしくない

●延命治療は？

- してほしい その他 ()
 してほしくない

万が一のとき

at the time of emergency

●葬儀はどのように行いたいですか？

- 家族葬 その他 ()
 一般葬

●宗教・宗派について

- あり その他 ()
 なし

※葬儀の依頼先やお墓について

()

財産のこと

about property

●貯金について

金融機関・支店名	口座番号

●生命保険・損害保険について

保険会社名	証券番号

その他のこと

about others

子どものころのこと

in the days of the child

仕事や趣味のこと

about work and hobbies

家族のこと

about my Family

大切なもの・思い出の品

important things, memorabilia

私のお気に入り

好きな花・好きな歌・好きな食べ物・好きな本・好きな映画などなど…


my favorite things




家族・親族リスト

list of family, relatives


1	氏名	関係

<input type="checkbox"/> 緊急時	住所	
<input type="checkbox"/> 入院時		
葬儀の連絡		
<input type="checkbox"/> する		
<input type="checkbox"/> 終了後		-


2	氏名	関係

<input type="checkbox"/> 緊急時	住所	
<input type="checkbox"/> 入院時		
葬儀の連絡		
<input type="checkbox"/> する		
<input type="checkbox"/> 終了後		-


3	氏名	関係

<input type="checkbox"/> 緊急時	住所	
<input type="checkbox"/> 入院時		
葬儀の連絡		
<input type="checkbox"/> する		
<input type="checkbox"/> 終了後		-

4	氏名	関係

<input type="checkbox"/> 緊急時	住所	
<input type="checkbox"/> 入院時		
葬儀の連絡		
<input type="checkbox"/> する		
<input type="checkbox"/> 終了後		-

5	氏名	関係

<input type="checkbox"/> 緊急時	住所	
<input type="checkbox"/> 入院時		
葬儀の連絡		
<input type="checkbox"/> する		
<input type="checkbox"/> 終了後		-

友人・知人リスト

list of friend, acquaintances

1	氏名	関係

<input type="checkbox"/> 緊急時	住所	
<input type="checkbox"/> 入院時		
葬儀の連絡		
<input type="checkbox"/> する		
<input type="checkbox"/> 終了後		-

2	氏名	関係

<input type="checkbox"/> 緊急時	住所	
<input type="checkbox"/> 入院時		
葬儀の連絡		
<input type="checkbox"/> する		
<input type="checkbox"/> 終了後		-

3	氏名	関係

<input type="checkbox"/> 緊急時	住所	
<input type="checkbox"/> 入院時		
葬儀の連絡		
<input type="checkbox"/> する		
<input type="checkbox"/> 終了後		-

4	氏名	関係

<input type="checkbox"/> 緊急時	住所	
<input type="checkbox"/> 入院時		
葬儀の連絡		
<input type="checkbox"/> する		
<input type="checkbox"/> 終了後		-

5	氏名	関係

<input type="checkbox"/> 緊急時	住所	
<input type="checkbox"/> 入院時		
葬儀の連絡		
<input type="checkbox"/> する		
<input type="checkbox"/> 終了後		-