|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ひとり暮らし高齢者など緊急入院時に備えた覚書** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **【　基本事項　】** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **フリガナ** | |  | | | | | | | | 住所 | | | | | | | |
| **本人氏名**  **性別**  **生年月日** | |  | | | | | | | | 〒  連絡先（℡） | | | | | | | |
| 男・女  年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | |
| **自宅外**  **緊急連絡先** | | ・なし　・あり→下記記入　　　　（氏名・続柄　など→詳細は裏面にて記入） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **きき取り日** | | 年　　月　　日 | | | 聞いた相手　本人 | | | | | | | | （聞き取者：氏名） | | | | |
| 本人以外（ | | | | | ） | | | 所属・職種： | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| **急な入院時の支援者について** | | 受診･入院時　　　　　手続き等 | | | あり | | | | | 親族（　市内　・市外　続柄 ） | | | | | | | |
| 親族以外（後見人・知人等・地域支援者　） | | | | | | | |
| なし | | | | | どうするか？（本人の意向）　　不明の場合は「不明」と記入 | | | | | | | |
| 日用品等の  準備 | | | あり | | | | | 親族（　市内　・市外　続柄　　　　 ） | | | | | | | |
| 親族以外（後見人・知人等・地域支援者　） | | | | | | | |
| なし | | | | | どうするか？（本人の意向）　　不明の場合は「不明」と記入 | | | | | | | |
| 支払い等 | | | あり | | | | | 親族（　市内　・市外　続柄　　　　 ） | | | | | | | |
| 親族以外（後見人・知人等・地域支援者） | | | | | | | |
| なし | | | | | どうするか？（本人の意向）　　不明の場合は「不明」と記入 | | | | | | | |
| ペットを飼っている　　等 | | | あり | | | | | 親　族（　市内　・市外　続柄　　　　 ） | | | | | | | |
| 親族以外（後見人・知人等・地域支援者等） | | | | | | | |
| なし | | | | | どうするか？（本人の意向）　　不明の場合は「不明」と記入 | | | | | | | |
| その他上記以外　　　（　　　　） | | | あり | | | | | 親　族（　市内　・市外　続柄　　　　 ） | | | | | | | |
| 親族以外（後見人・知人等・地域支援者等） | | | | | | | |
| なし | | | | | どうするか？（本人の意向）　　不明の場合は「不明」と記入 | | | | | | | |
| **メモ** | | ●上記等の情報を提供した場合、下記の依頼元の所属に○をし、年月日、氏名、内容などを記載します。  （依頼元の所属→　・病院　・警察　・消防隊　・包括　・行政　・他　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| ●**上記より、具体的な支援者が明確でない場合など、次ページを活用しましょう。**  **支援者（兄弟姉妹・甥姪・知人・友人・地域支援者等）を想定し、関係が悪く支援困難であっても「存在」の有無、関係性を記入する等空白に自由に追記してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **【　続　】** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人に　関わる 関係図** | | | （家族構成）支援者、連絡先がわかる場合は、図内に○に数字を入れ、下欄に氏名と連絡先を記入  母  する。・親族以外の支援者　友人、地域支援者等も関係性が分かるよう図内の空欄に入れる。  父 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 配偶者 | | |  | | --- | |  | | **本人** | |  | |  | 兄弟 | |  | 兄弟 |  |  |
|  |  | | 子 | 子 | |  | |  | 甥姪 | |  |  |  |  |
|  |  | | 孫 |  | |  | |  |  | |  | 甥姪 |  |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| ※後見制度申立は４親等まで可（家族関係は最低でも２親等まで生存・連絡の有無を記載） | | | | | | | | | | | | | | |
| **連絡先 上記 　より** | | | 氏名 | | | 続柄 | 住所・連絡先 | | | | | | 備考 | | | | |
|  | | |  | **℡** | | | | | |  | | | | |
|  | | |  | **℡** | | | | | |  | | | | |
|  | | |  | **℡** | | | | | |  | | | | |
|  | | |  | **℡** | | | | | |  | | | | |
| **人生会議「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のために」** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人の　 いきかた （終活等） 意向** | | | 最期を迎えたいと　　思う場所 | | | 初回確認日（変更日） | | 自宅・病院・施設等・その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 本人の意向 | | | （変化した場合⇒内容と**最終確認日**） | | | | | | | | | | | |
| 生活や介護の代理意思決定者（死後のこと含む）：　**有**　（　　　　　　　　　　　　　）　　**無** | | | | | | | | | | | | | | |
| **医療行為　 意向** | | | 主治医 | | | ・病院（　　　　科） | | | | | | | |  | 先生 | | |
| 医療行為 について | | | 初回確認日（変更日） | | | 延命治療（　・望む　・望まない　・その他　） | | | | | | | | |
|  | | |
| 希望や意思 | | | （変化した場合⇒内容と最終確認日） | | | | | | | | | | | |
| 医療行為の代理意思決定者　　　　　　　　：　**有**　（　　　　　　　　　）　　　　**無** | | | | | | | | | | | | | | |
| **金銭管理  支援状況 及び意向** | | | 収入種類　　国民年金・厚生年金・障害年金・共済年金・生活保護　　　　　　その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入額（概ね　/月　/年　） | | | | | | | | | 預貯金： | | | | | |
| 財産管理（動産、不動産等）の代理意思決定者　：　**有**　（　　　　　　　　　　　　　）　**無** | | | | | | | | | | | | | | |
| 成年後見 制度等 | | | 利用中 　　　 （後見人・生活支援員：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 利用希望あり　・不要　・情報のみ希望（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| **その他** | | | **●伝えておきたい事や大事にしてほしい事など（誰に、どのように・・）その他特記する事項（なんでも）** | | | | | | | | | | | | | | |
|
|