

# 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 】

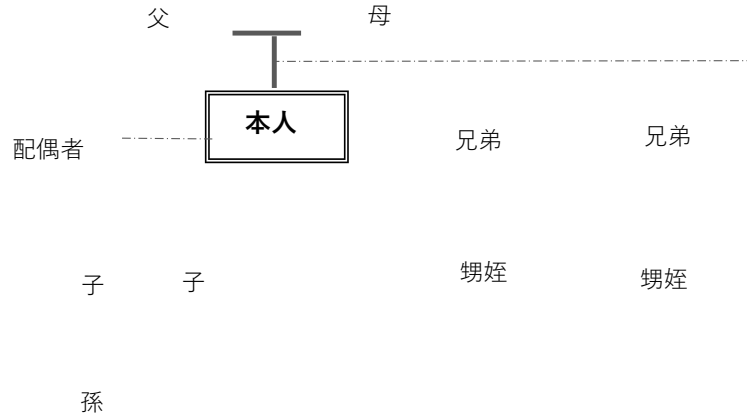
<b>フリガナ</b>			<b>住所</b>		
<b>本人氏名</b>			〒		
<b>性別</b>	男・女		<b>連絡先 (Tel)</b>		
<b>生年月日</b>	M・T・S	年 月 日 ( 歳 )			
<b>自宅外 緊急連絡先</b>	・あり→・なし 下記記入 (氏名・続柄 など→詳細は裏面にて記入)				
<b>きき取り日</b>	年 月 日	(聞いた相手) 本人 本人以外( )	(聞き取者: 氏名) 所属・職種:		
<b>急な入院時の 支援者について</b>	<b>受診・入院時 手続き等</b>	あり	親族 ( 市内 ・ 市外 続柄 )		
			親族以外 (後見人・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		
	<b>日用品等の準備</b>	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		
	<b>支払い等</b>	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		
	<b>ペットを飼って いる等</b>	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		
<b>その他上記以外 ( )</b>	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			
<b>メモ</b>	●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・地域の支援者等)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 】

(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。

本人に  
関わる  
関係図



※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
	①		TEL	
	②		TEL	
	③		TEL	
	④		TEL	

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	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	クリニック・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	(後见人・生活支援員 : )	
	利用希望あり	・不要 ・情報のみ希望 ( )		

●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)

その他