

わたしのこと、これからのこと

— 神戸市版エンディングシート —

1. プロフィール(わたしのこと)

記入日: 年 月 日

ふりがな	
氏名	
住所	神戸市 区
電話番号	(自宅) — — (携帯) — —
本籍	
生年月日	年 月 日

2. からだのこと

記入日: 年 月 日

かかりつけの医療機関

医療機関名	
担当医師	
病名(持病)	
医療機関名	
担当医師	
病名(持病)	

いつも飲んでいる薬

おくすり手帳	<input type="checkbox"/> ある(保管場所:) <input type="checkbox"/> ない
--------	-----------------------------------------------------------------

その他の持病・既往歴・薬品等のアレルギーなど

--

3. お金のこと

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

主な銀行口座

銀行 _____ 支店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 他(_____)	
口座番号	(保管場所: _____)
銀行 _____ 支店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 他(_____)	
口座番号	(保管場所: _____)
銀行 _____ 支店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 他(_____)	
口座番号	(保管場所: _____)

生命保険等

保険会社	_____	種類	_____
受取人	(保管場所: _____)		
保険会社	_____	種類	_____
受取人	(保管場所: _____)		

主な不動産

<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(_____)		<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物 <input type="checkbox"/> 他(_____)	
名義人	_____		
住所	_____		
相続人	<input type="checkbox"/> いる(_____) <input type="checkbox"/> いない		
今後の希望	<input type="checkbox"/> 売却 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 他(_____)		
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(_____)		<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物 <input type="checkbox"/> 他(_____)	
名義人	_____		
住所	_____		
相続人	<input type="checkbox"/> いる(_____) <input type="checkbox"/> いない		
今後の希望	<input type="checkbox"/> 売却 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 他(_____)		

 その他資産(株式等の有価証券・個人年金等)

--

 借入金・ローン

<input type="checkbox"/> ある(借入先: _____) <input type="checkbox"/> ない

4. もしものときのこと

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

 病気になったとき

病名の告知について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 他(_____)
余命の告知について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 他(_____)
延命治療について (人工呼吸器・胃ろうなど)	<input type="checkbox"/> できる限りしてほしい <input type="checkbox"/> してほしくない <input type="checkbox"/> 医師や家族の判断に任せる <input type="checkbox"/> 他(_____)

 介護が必要になったとき

介護をしてほしい場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族の家 <input type="checkbox"/> 病院や施設 <input type="checkbox"/> 他(_____) <input type="checkbox"/> 希望はない
財産管理について	<input type="checkbox"/> 配偶者に任せる <input type="checkbox"/> 子ども(_____)に任せる <input type="checkbox"/> 他の親族(_____)に任せる <input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 他(_____) <input type="checkbox"/> 任せる人がいない

 亡くなったとき

葬儀	<input type="checkbox"/> 契約(予約)あり(契約先: _____)
	<input type="checkbox"/> 宗派・場所等の希望あり(_____)
	<input type="checkbox"/> 互助会へ加入している(加入先: _____)
納骨	<input type="checkbox"/> 契約(予約)あり(契約先: _____)
	<input type="checkbox"/> 墓地(場所: _____)
	<input type="checkbox"/> 分骨(場所: _____) <input type="checkbox"/> 散骨(場所: _____)

その他の 死後事務 委任契約	契約先() 内容()
遺言書	<input type="checkbox"/> 公正証書遺言がある <input type="checkbox"/> 自筆証書遺言がある (保管場所:)
遺影	<input type="checkbox"/> 決めている(保管場所:) <input type="checkbox"/> 決めていない
ペット	<input type="checkbox"/> いる(種類: 引取先:) <input type="checkbox"/> いない

 緊急連絡先

氏名		電話番号	- -
住所		関係	

 緊急連絡先以外で連絡してほしい人

氏名		電話番号	- -
住所		関係	
連絡時期	<input type="checkbox"/> 危篤 <input type="checkbox"/> 死亡時 <input type="checkbox"/> 葬儀後		
氏名		電話番号	- -
住所		関係	
連絡時期	<input type="checkbox"/> 危篤 <input type="checkbox"/> 死亡時 <input type="checkbox"/> 葬儀後		

 神戸市終活情報登録制度

<input type="checkbox"/> 登録している <input type="checkbox"/> 登録していない

5. 大切な人に伝えておきたいこと

記入日: _____ 年 ____ 月 ____ 日