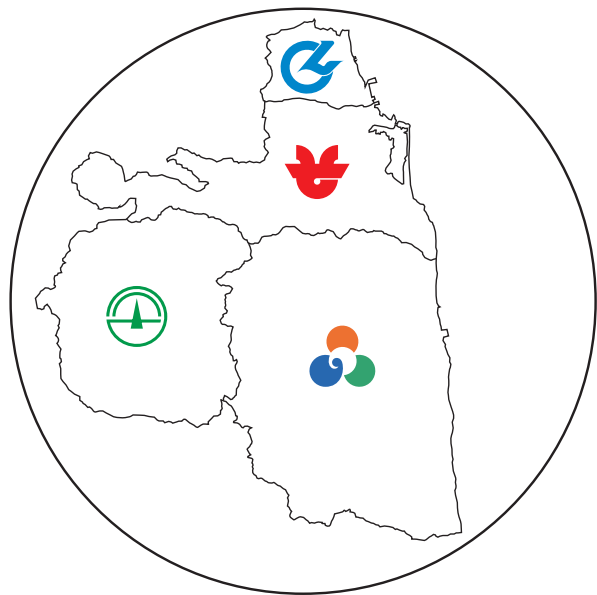


この「まるっとノート」は、
身につけたり、健康保険証や
あんしんセットなどと一緒に
保管しておきましょう。



個人情報なので

なくさないようにしてください

くわしい内容を記入したい場合は
市販の「エンディングノート」をご利用ください。

保管場所： _____

令和7年6月初版

製作 / 発行 相馬郡在宅医療・介護連携支援センター

〒975-0002 南相馬市原町区東町1丁目82番地 TEL 0244-26-5506

医療・ケアについての

まるっとノート

“もしも”

治らない病気などになったら

“もしも”

自分の気持ちを
伝えられなくなったら



あなたはどうやって気持ちを伝えますか？

この「まるっとノート」は、“もしも”に備えて、元気なうちに治
療やケアについて、いま思っていることを残しておくものです。
あなたのご家族や大切な人と一緒に話しあってみてください。

名前 _____

わたしの情報

フリガナ	
氏名	
生年月日	大正 昭和年　月　日 平成
住所	〒
電話番号	

“もしも”のときに・・・

すぐに連絡してほしい人

フリガナ	
氏名	
関係	
固定電話	
携帯電話	
その他	

連絡がつく人

フリガナ	
氏名	
関係	
固定電話	
携帯電話	
その他	

書いた日	年	月	日
話しかけた日	年	月	日
話しかけた人			
自筆サイン			

書いた日	年	月	日
話しかけた日	年	月	日
話しかけた人			
自筆サイン			

❖ 気持ちは変わります。

何度でも書き直してみましよう。

書き直したら、またご家族や大切な人と

話しかけてみてください。

1 もしも...

治らない病気などになり、自分の気持ちを伝えられなくなったら、どんな治療やケアを受けて過ごしたいですか？

☐ できるだけ長く生きるための治療を受けたい

☐ 痛みやつらさを軽減する治療やケアのみしてほしい

☐ すべての治療やケアを受けたくない

☐ わからない

☐ その他

.....

.....

.....

2 もしも...

治らない病気などになったら、
どこで過ごしたいですか？（複数可）

- ☐ 自宅 ☐ 医療機関 ☐ 施設
- ☐ 今はわからない ☐ その他

❖上記に決めた理由またはお気持ちをご記入ください❖

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3 もしも...

治療やケアについて、自分で
決められなくなったら、代わりに
誰に話しあってほしいですか？（複数可）

- ☐ 配偶者（夫・妻）
-
- ☐ 子ども・孫
-
- ☐ きょうだい
-
- ☐ 親戚
（おい・めい等）
-
- ☐ 友人・知人
-
- ☐ かかりつけ医
-
- ☐ その他
-
- ☐ 頼める人はいない

※ _____内には名前や連絡先を書いてみてください