

7 葬儀に関すること

質 問	回 答
葬儀について、あなたの考えを教えてください。	☐ 知人・友人を招いた一般的な葬儀 ☐ 親戚だけの葬儀（家族葬） ☐ 火葬のみ ☐ 家族などの判断に任せる ☐ その他（ ）
菩提寺等があれば記載してください。	名 称（ ） 住 所（ ） 連絡先（ ）

8 あなたの思い・考え

質 問	回 答
好きなこと・一番の楽しみ	
大切にしていること	
会っておきたい人	
行っておきたい場所	

9 大切な人へのメッセージ

家族や友人など、あなたの大切な人へ伝えておきたいことを自由にお書きください。

人 生 手 帳

もしもの時に備え あなたの大切な人に

あなたの思いを 伝えませんか



氏 名

生年月日 年 月 日生

住 所

電話番号 () —

本 籍 地

※この人生手帳には法的拘束力はありません。

記入日： 年 月 日

1 もしもの時に連絡する人

氏 名	続 柄	住 所	電話番号

2 かかりつけ医

病院名	診療科	主治医	病 名

3 お金に関すること（預貯金・生命保険など）

預け先名 （金融機関・保険会社など）	支店名	預金・保険の種類

4 障害者手帳や介護保険の認定に関すること

障害者手帳又は介護保険 の認定状況	等級又は介護度	サービス利用 の有無	担当相談員又は ケアマネジャー

5 資産に関すること（不動産・株・借金など）

種 類	所在地・借入先など	金 額	備 考

6 病気や介護が必要になったときのこと

質 問	回 答
認知症や重度の介護が必要になったとき、あなたはどのようにして欲しいですか？	☐ なるべく自宅で介護して欲しい ☐ 病院や施設で介護して欲しい ☐ 家族などの判断に任せる ☐ その他（ ）
病気になったとき、余命の告知について、あなたはどのようにして欲しいですか？	☐ 知らせて欲しい ☐ 知らせないで欲しい ☐ 病名だけ知らせて欲しい ☐ その他（ ）
延命治療について、あなたはどのようにして欲しいですか？	☐ 最後まで出来る限り延命治療して欲しい ☐ 苦痛を和らげる緩和的医療を希望する ☐ 延命治療は望まない ☐ その他（ ）
自分で判断できなくなったときに、意見を尊重して欲しい人は誰ですか？	第一希望（ ） 第二希望（ ）
自分で判断できなくなったときに、財産管理をお願いしたい人は誰ですか？	第一希望（ ） 第二希望（ ）