

# わたしのノート

～伝えたい思いを書いてみましょう～

もしもの時、あなたは誰に伝えたいですか。  
もしもの時、あなたは何を伝えたいですか。

このノートはあなたの思いを記録するノートです。  
大切な人、大切なもの、大切なことを書き留めておきましょう。

そして、ご家族や支援者にこのノートのことを伝えておきましょう。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

名 前 \_\_\_\_\_

新宿区

このノートは

- ①大切な情報が含まれていますので、取り扱いには注意をしましょう。
- ②強制力や法的な効力はありません。必要な場合は専門家に相談して遺言書などを作成しましょう。
- ③気持ちや思いが変わったときは、何度でも書き直してみましょう。
- ④すべてを埋める必要はありません。書けるところから書いてみましょう。

## 目次

### 第1章 わたしのこと



基本情報、わたしについて知っている人	1
わたしの歴史、自由記載欄	2, 3
わたしの好み、ペットのこと、自由記載欄	4

### 第2章 わたしの大切な人

家族・親族	5, 6
友人・知人	7, 8

### 第3章 資産・お金のこと

わたしが開設している口座	9
わたしの契約している保険	10
資産・お金（年金、不動産など）	11, 12

### 第4章 もしものとき

病名や余命について、延命治療について、あなたらしく生きるための“人生会議”	13
臓器提供や献体について、在宅医療相談窓口	14
判断能力が衰え、お金の管理や契約が難しくなったとき、成年後見制度相談窓口	15

### 第5章 葬儀のこと

葬儀の実施について、お墓等について、遺言書について	16
自由記載欄	17, 18
高齢者総合相談窓口	19



# 第1章 わたしのこと



## 1 基本情報

基本情報を記入しましょう。  
書ききれない情報や備考があれば自由記載欄を使ってください。

名前（ふりがな）	生年月日 大 昭 平 西 曆 年 月 日
住所	
電話番号	

## 2 わたしについて知っている人

複数人書きたい場合は  
5～8ページに記入しましょう。

<緊急連絡先>

名前（ふりがな）	わたしとの関係
住所	
電話番号	

<かかりつけ医>

病院名	主治医
住所	
電話番号	

<ケアマネジャー・相談支援専門員>

事業所名	ケアマネジャー・相談支援専門員
住所	
電話番号	



第1章 わたしのこと

自由記載欄

「わたしの歴史」の表が足りない場合にご記入ください。  
(自由に記載するほか、点を繋げて表にすることもできます)

A large rectangular area for writing. It is bounded by a solid black line on all four sides. Inside this boundary, there are dotted lines forming a grid. The top and bottom horizontal lines have three dots each, and the left and right vertical lines have 15 dots each, spaced evenly down the length of the page.

第1章 わたしのこと



4 わたしの好み

好きな食べ物	嫌いな食べ物
好きな色	好きな場所
好きな音楽	好きな（ ）

5 ペットのこと

名前（ふりがな）	種類 犬 猫 その他（ ）
	生年月日
好きなこと（ごはん・おもちゃなど）	
もしものときの希望 〔 電話番号〔 〕 〕さんに依頼済 ・ 〔 電話番号〔 〕 〕さんに引き取ってもらいたい	

名前（ふりがな）	種類 犬 猫 その他（ ）
	生年月日
好きなこと（ごはん・おもちゃなど）	
もしものときの希望 〔 電話番号〔 〕 〕さんに依頼済 ・ 〔 電話番号〔 〕 〕さんに引き取ってもらいたい	

名前（ふりがな）	種類 犬 猫 その他（ ）
	生年月日
好きなこと（ごはん・おもちゃなど）	
もしものときの希望 〔 電話番号〔 〕 〕さんに依頼済 ・ 〔 電話番号〔 〕 〕さんに引き取ってもらいたい	

自由記載欄 ※ペットのかかりつけの病院など、書き足りないことがあれば記入してください。
--

## 第2章 わたしの大切な人



### 1 家族・親族

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年 月 日
住所			
電話番号			
もしものときの連絡			
<input type="checkbox"/> 緊急時	<input type="checkbox"/> 入院時	<input type="checkbox"/> 死亡時	<input type="checkbox"/> 知らせない
<input type="checkbox"/> その他（ ）			

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年 月 日
住所			
電話番号			
もしものときの連絡			
<input type="checkbox"/> 緊急時	<input type="checkbox"/> 入院時	<input type="checkbox"/> 死亡時	<input type="checkbox"/> 知らせない
<input type="checkbox"/> その他（ ）			

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年 月 日
住所			
電話番号			
もしものときの連絡			
<input type="checkbox"/> 緊急時	<input type="checkbox"/> 入院時	<input type="checkbox"/> 死亡時	<input type="checkbox"/> 知らせない
<input type="checkbox"/> その他（ ）			



1 家族・親族

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年	月	日
住所					
電話番号					
もしものときの連絡					
<input type="checkbox"/> 緊急時		<input type="checkbox"/> 入院時		<input type="checkbox"/> 死亡時	
<input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 知らせない			

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年	月	日
住所					
電話番号					
もしものときの連絡					
<input type="checkbox"/> 緊急時		<input type="checkbox"/> 入院時		<input type="checkbox"/> 死亡時	
<input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 知らせない			

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年	月	日
住所					
電話番号					
もしものときの連絡					
<input type="checkbox"/> 緊急時		<input type="checkbox"/> 入院時		<input type="checkbox"/> 死亡時	
<input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 知らせない			





2 友人・知人

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年	月	日
住所					
電話番号					
もしものときの連絡					
<input type="checkbox"/> 緊急時		<input type="checkbox"/> 入院時		<input type="checkbox"/> 死亡時	
<input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 知らせない			

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年	月	日
住所					
電話番号					
もしものときの連絡					
<input type="checkbox"/> 緊急時		<input type="checkbox"/> 入院時		<input type="checkbox"/> 死亡時	
<input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 知らせない			

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年	月	日
住所					
電話番号					
もしものときの連絡					
<input type="checkbox"/> 緊急時		<input type="checkbox"/> 入院時		<input type="checkbox"/> 死亡時	
<input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 知らせない			



2 友人・知人

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年	月	日
住所					
電話番号					
もしものときの連絡					
<input type="checkbox"/> 緊急時		<input type="checkbox"/> 入院時		<input type="checkbox"/> 死亡時	
<input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 知らせない			

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年	月	日
住所					
電話番号					
もしものときの連絡					
<input type="checkbox"/> 緊急時		<input type="checkbox"/> 入院時		<input type="checkbox"/> 死亡時	
<input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 知らせない			

名前（ふりがな）	わたしとの関係	生年月日 大昭 平令 西曆	年	月	日
住所					
電話番号					
もしものときの連絡					
<input type="checkbox"/> 緊急時		<input type="checkbox"/> 入院時		<input type="checkbox"/> 死亡時	
<input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 知らせない			

# 第3章 資産・お金のこと

あなたの資産やお金に関することを書きましょう。

## 1 わたしが開設している口座

### <銀行口座>

金融機関	銀行 信用金庫 ( )	支店名
口座番号		普通・定期・当座
備考(例:年金振込、ガスの口座引き落としなど)		

金融機関	銀行 信用金庫 ( )	支店名
口座番号		普通・定期・当座
備考(例:年金振込、ガスの口座引き落としなど)		

金融機関	銀行 信用金庫 ( )	支店名
口座番号		普通・定期・当座
備考(例:年金振込、ガスの口座引き落としなど)		

### <銀行以外の口座(株式・投資信託などを保有する口座)>

金融機関名・支店名	口座番号
種類、主な銘柄など	数量
備考	

自由記載欄  
※書き足りないことがあれば記入してください。



## 2 わたしの契約している保険

保険会社名	
保険の種類、証券番号	保険金受取人
備考（担当者名、連絡先など）	

保険会社名	
保険の種類、証券番号	保険金受取人
備考（担当者名、連絡先など）	

保険会社名	
保険の種類、証券番号	保険金受取人
備考（担当者名、連絡先など）	

保険会社名	
保険の種類、証券番号	保険金受取人
備考（担当者名、連絡先など）	

自由記載欄 ※書き足りないことがあれば記入してください。
---------------------------------



### 3 資産・お金（年金・不動産など）

#### 年金

##### <公的年金>

基礎年金番号	受取口座
銀行・信用金庫	

##### <その他年金>

種類	会社名など	受取口座
(企業・個人) 年金		銀行・信用金庫
(企業・個人) 年金		銀行・信用金庫

#### 不動産

種類	名義人
建物 ・ 土地 ・ マンション	
所在地・持ち分	
備考（管理会社の連絡先など）	

種類	名義人
建物 ・ 土地 ・ マンション	
所在地・持ち分	
備考（管理会社の連絡先など）	

種類	名義人
建物 ・ 土地 ・ マンション	
所在地・持ち分	
備考（管理会社の連絡先など）	



### 3 資産・お金（年金・不動産など）

#### 借金・ローン

借入先	金額
備考（連絡先など）	

借入先	金額
備考（連絡先など）	

#### クレジットカード

カード名称	カード番号
備考	

カード名称	カード番号
備考	

カード名称	カード番号
備考	

<p>自由記載欄 ※書き足りないことがあれば記入してください。</p>
---

## 第4章 もしものとき

病気や医療について等、  
家族や主治医と話し合い  
記入しておきましょう。

### 1 病名や余命について

- すべて教えてほしい
- 病名のみ教えてほしい
- 何も知りたくない
- 分からない
- その他

### 2 延命治療について

(複数選択しても結構です)

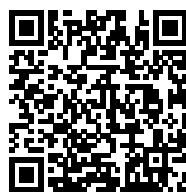
- できる限り延命治療をしてほしい
- 回復の見込みがなければ、延命治療は希望しない
- 延命治療は受けたくない
- 分からない
- その他

※延命治療とは、心肺蘇生、気管切開、人工呼吸器、輸血、胃ろう、経管栄養、中心静脈栄養などで生命を維持する治療のことです。

### あなたらしく生きるための“人生会議”

新宿区では、生涯にわたって、自分らしく生きていくために、人生の最終段階における医療やケアについて、前もって考え、周りのさまざまな人たちと話し合う“きっかけづくり”の一つとして「在宅療養ハンドブック あなたらしく生きるための“人生会議”」を作成しております。この「わたしのノート」と合わせて、ぜひご活用ください。

- ▶ 配布している場所：健康部健康政策課地域医療係  
(新宿区新宿5-18-21 第2分庁舎分館)  
高齢者総合相談センター・保健センター等



こちらのQRコードから新宿区  
公式ホームページの「人生会議」  
のページにアクセスできます。

## 第4章 もしものとき

### 3 臓器提供や献体について

- 臓器提供のためのドナーカードを持っている
- 角膜提供のためのアイバンク登録証を持っている
- 献体するための登録証を持っている
- 臓器提供や献体は希望しない

#### 自由記載欄

※書き足りないことがあれば記入してください。

### 在宅医療相談窓口

医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らせるよう、在宅療養のことや「もしもの時」の医療について考えるお手伝いをします。  
お気軽にご相談ください。

新宿区健康部健康政策課 地域医療係  
新宿区新宿5-18-21 第2分庁舎分館

☎ 03-5273-3839 / FAX 03-5273-3876

受付 月～金 午前8時30分～午後5時（土、日、祝・休日、12/29～1/3除く）  
※病院の中にも在宅療養について相談する窓口があります。





## 第4章 もしものとき

### 4 判断能力が衰え、お金の管理や契約が難しくなったとき

親族に任せたい

任意後見契約をしている 

受任者	電話番号
-----	------

社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業を（ 利用している ・ 利用したい ）

成年後見制度を利用したい

その他 

--

### 成年後見制度相談窓口

成年後見制度は、認知症、知的障害、精神障害などにより、判断能力が十分でない方の権利を守る援助者を選ぶことで、その方を法律的に守る制度です。

新宿区成年後見センター（新宿区社会福祉協議会内）

☎ 03-5273-4522 / FAX 03-5273-3082

営業時間 月～金 午前8時30分～午後5時（土、日、祝・休日、12/29～1/3除く）

### 自由記載欄

※書き足りないことがあれば記入してください。





自由記載欄 1

A large, empty rounded rectangular box intended for free text entry.



自由記載欄2

A large, empty rounded rectangular box intended for free text entry.

## 高齢者総合相談窓口

### 高齢者の相談全般（高齢者総合相談センター）

「どこに相談したらよいかわからない」といった悩みもまずはお相談ください。  
相談内容に応じて適切なサービスや機関の利用につなげます。

センター名	電話番号	FAX番号
四谷	5367-6770	3358-6922
笹筥町	3266-0753	3266-0786
榎町	5312-8442	5312-8443
若松町	5292-0710	5292-0716
大久保	5332-5585	5332-5592
戸塚	3203-3143	3203-1550
落合第一	3953-4080	3950-4130
落合第二	5348-8871	5348-8872
柏木	5348-9555	5348-9556
角筥	5309-2136	5309-2137
新宿区役所	5273-4593	5272-0352
	5273-4254	

### 窓口受付時間

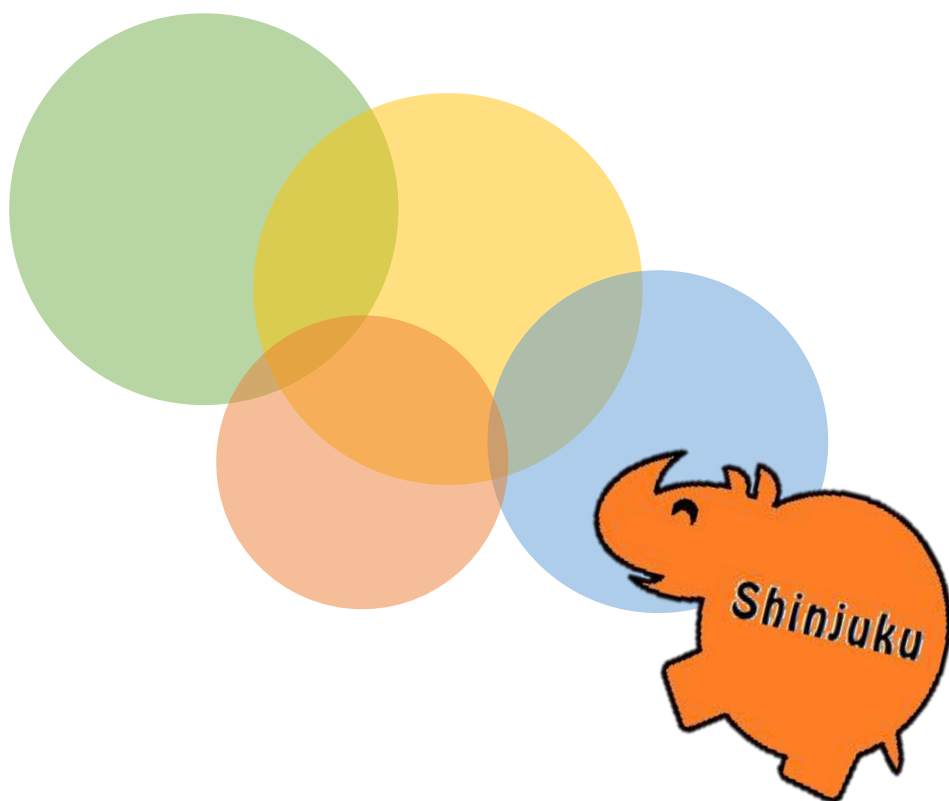
区役所以外：月～土 午前9時～午後5時30分（日、12/29～1/3除く）

新宿区役所：月～金 午前8時30分～午後5時、火曜日は午後7時まで

（土、日、祝・休日、12/29～1/3除く）

こちらのQRコードから新宿区公式ホームページ内にある  
「高齢者総合相談センター」のページにアクセスできます。





この「わたしのノート」は、新宿区公式ホームページからダウンロード可能です。  
こちらのQRコードからダウンロードページにアクセスできます。

令和6年1月発行

編集・発行

新宿区福祉部高齢者支援課

新宿区歌舞伎町1-4-1

電話 03-5273-4593

03-5273-4254

FAX 03-5272-0352