

これからの「わたし」のこと

これからやってみたいこと

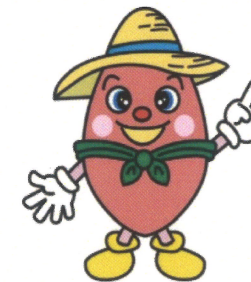
これから行ってみたい場所

これからの想い

私へのメッセージ

記入方法等、分からないことがありましたら
大津町地域包括支援センター（TEL 096-292-0770）
までお問い合わせください。

わたしの思い出つづり Ver.3



『わたしの思い出つづり』は、元気なうちに
想いを文字につづっておくことで、認知症や
介護が必要となり、想いを伝えることが難し
くなった時に周囲の人々と共有ができます。

普段、話しづらいことを書き出すことによ
って気持ちを整理し、話すきっかけになるこ
とを願っています。

**記入後は、周囲の人が分かる場所に保管し
ましょう。**

記入時期

年 月 日～ 年 月 日

更新

年 月 日～ 年 月 日

年 月 日～ 年 月 日

※書き直した際は、更新日を記入しましょう

※ 個人情報が含まれるため、大切に保管しましょう

大津町

わたしのこと



氏 名

生年月日

住 所 (〒)

電話番号

携帯電話

わたしのこれまで

いつ頃	住んで居た場所、当時の思い出等
誕生時期 (0歳～3歳)	
幼年期 (4歳～12歳)	
青年期 (13歳～24歳)	
壮年期・中年期 (25歳～64歳)	
大切な思い出	
人生のターニングポイント (転換期)	

★運転免許証について

いつ頃に？ どのような健康状態や状況に？
(歳) 頃に ()
なった時に免許証の返納を考えています。

判断能力が低下したときは

もしもの時に備えて資産の管理方法を決めておきましょう。

- 認知症等で判断能力がないとみなされると、福祉サービスの利用や行政手続きの他、預貯金の引き出しや不動産の売却等の資産管理の活用ができなくなってしまう。
- 家族も資産を動かすことができないので、「いざというときは家族に任せよう」と考えて何も対策をしないでいると、思わぬトラブルにつながる可能性があります。

● 財産管理などをお願いしたい人

※ □にチェックを入れてください。

- ☐ 配偶者 ()
- ☐ 子ども ()
- ☐ その他 ()

● 財産管理をお願いする場合に利用したい制度

※ □にチェックを入れてください。

- ☐ 法定後見制度 ※1 ☐ 任意後見制度 ※2
- ☐ 日常生活自立支援事業 ※3 ☐ 特になし

【法定後見制度と任意後見制度について】

- ※1 認知症、知的障害、精神障害、発達障害などによって物事を判断する能力が十分ではない方について、ご本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、ご本人を法律的に支援する制度です。
- ※2 ご本人に十分な判断能力があるうちに、判断能力が低下した場合には、あらかじめご本人自らが選んだ人（任意後見人）に、代わりにしてもらいたいことを契約（任意後見契約）で決めておく制度です。
- ※3 認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うものです。

● 遺言書について

※ □にチェックを入れてください。

- ☐ 作成している ☐ 作成していない ☐ 作成しない

● 財産の記録について

※ □にチェックを入れてください。

- ☐ 作成している ☐ 作成していない ☐ 作成しない

頼りにしている人、相談できる人

① 氏名：連絡先：

住所：続柄：

伝えておきたいこと

② 氏名：連絡先：

住所：続柄：

伝えておきたいこと

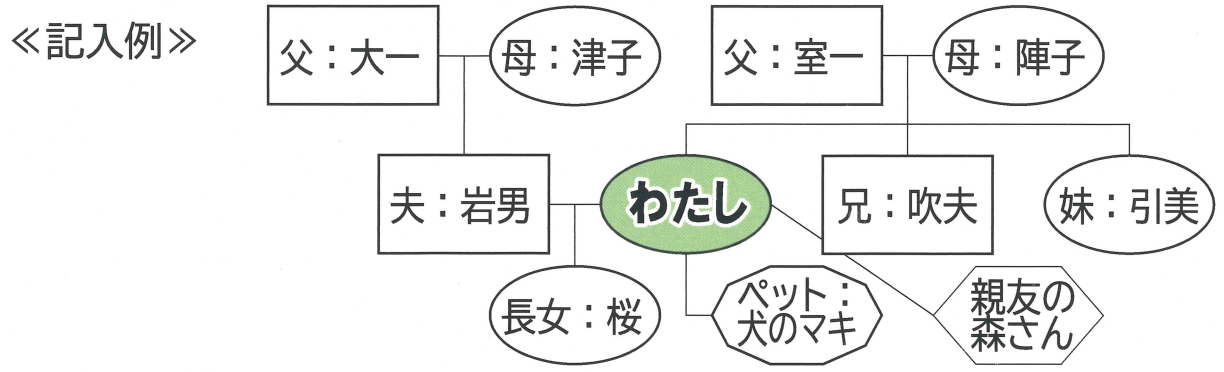
③ 氏名：連絡先：

住所：続柄：

伝えておきたいこと

私の大切な人達 (つながり)

●名前や関係を自由に書いてみましょう。



今のわたしのこと

希望する呼び方

自慢できること

楽しみにしていること

よく出かける場所

飼っているペットのこと

大切にしていること

わたしの好きなこと

私の好きな人は

です。

私の好きな花は

です。

私の好きな場所は

です。

私の好きな食べ物は

です。

私の好きな歌は

です。

私の好きな色は

です。

私の好きな

は

です。

わたしの身体のこと

●かかりつけの病院やケアマネジャー等についてご記入ください。

かかりつけ病院	病院名・科	
	電話番号	
	医師名	
	病名	
その他の病院	病院名・科	
	電話番号	
	医師名	
	病名	
かかりつけ歯科		
かかりつけ薬局		お薬手帳 保管場所
ケアマネジャー		
血液型		

●今までにかかった病気・アレルギー等

今までに診断を受けた事のある病気 ※□にチェック

- ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳疾患 ☐ 心臓病 ☐ 肝疾患
☐ 腎疾患 ☐ 悪性腫瘍 ☐ リウマチ ☐ 骨粗しょう症
☐ その他 ()
 ・アレルギー (原因：) (症状：)
 ・使ってはいけない薬 ()

●介護が必要な時は

介護をお願いしたい人

- (氏名：) あなたとの関係：)
 (氏名：) あなたとの関係：)

●介護を受けたい場所

- ☐ なるべく自宅を希望する ☐ 病院・施設 ()
☐ お任せする

もしもの時は

記入日： 年 月 日

病気の時は

●告知について ※□にチェックを入れてください。

- ☐ 病名・余命を告知してほしい ☐ 病名のみ告知してほしい
☐ 知りたくない ☐ その他 ()

●延命治療について ※1 ※□にチェックを入れてください。

- ☐ 最後の時まで可能な限り、延命のための治療をしてほしい
☐ 回復の見込みが低ければ、延命のための治療をしないでほしい
☐ その他 ()

●うけたい治療について ※□にチェックを入れてください。

- ☐ 苦痛の緩和 ☐ 人工呼吸の使用 ☐ 心臓マッサージ
☐ 胃ろうや鼻チューブによる栄養補給 ☐ 点滴による栄養補給
☐ 血圧が下がった時の薬剤使用 (昇圧剤) ☐ 何もしないでほしい

●終末期過ごしたい場所 ※□にチェックを入れてください。

- ☐ 自宅で過ごしたい ☐ 病院で看護を受けたい
☐ その他 ()

●わたしが判断できない時は

治療方針については、

- (氏名：) あなたとの関係)
 (氏名：) あなたとの関係)

の意見を尊重することを希望します。

※1 延命治療…病気の根治ではなく延命を目的とした治療のことです。
回復の見込みがない方に対し、人工呼吸や点滴などによって延命を図ることです。