

救急情報シート

※太枠内を事前に記載して保管し、救急要請時に救急隊へ渡してください。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日		
氏名			明治 大正 昭和	年	月
住所					
電話	() —				
現病歴・既往歴・A D L			処方薬 (お薬手帳があれば記載不要です。)		
【かかりつけ医療機関 :			【薬の管理 : 本人・施設】		
●緊急連絡先 (家族の了承を得て記載してください。記載されない場合は施設で責任を持って連絡し、結果を救急隊に伝えてください。)					
優先順位	ふりがな 氏名	続柄	電話番号	住所	
①			自宅 :		
			携帯 :		
②			自宅 :		
			携帯 :		
●救急要請内容 (救急要請時にできる範囲で記載してください。状況により記載できない場合は、下記事項を救急隊に伝えてください。)					
いつから...					
何をしている時に...					
どんな症状が...					
行った応急手当、バイタル測定値...					



入院に際して準備していただくもの

チェックリスト

入院手続きに必要なもの

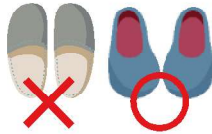
- 診察券
- 保険証
- 限度額適用認定証
- 各種医療受給者証
- 各種手帳(ペースメーカー手帳など)



- 退院証明書
(過去3か月以内に他の医療機関に入院されていた方のみ)
- 入院申込書
- 入院時間診票(入院前未記入の場合)
- 臓器提供意思表示カード(お持ちの方のみ)
- 各種同意書

入院生活に必要なもの

- パジャマ・寝まき等の寝衣
- 下着類
- シューズもしくは室内履き
(転倒防止のため、つま先とかかとが覆われているもの、足のサイズにあったもの、底がすべりにくいものをご用意ください)
※転びやすい方は
売店にございますので
ご利用ください
- ティッシュペーパー
- タオル、バスタオル
- イヤホン(テレビ視聴用:多床室の場合のみ)
- 洗面用具(歯ブラシ、歯磨き粉、コップ(割れないもの)、シャンプー、リンス、石鹸、洗面器などの使用する物のみ)
- マスク



- 髭剃り
(安全上、可能な限り電気かみそりをご持参ください)
- 洗濯用洗剤(洗濯機をご利用の方)
- 吸いくちコップ(必要な方のみ)
- 食事用エプロン(必要な方のみ)
- 各種入れ物(補聴器、入れ歯、眼鏡、コンタクトレンズなどを使用の方のみ)
- 筆記用具
- 服用中のお薬
- おくすり手帳
おくすりの説明書(薬剤情報提供書)
- エコバック(売店レジ袋は有料です)



※箸、スプーン、フォーク、湯のみはご用意しております。病院食以外でご使用の場合は、各自でご準備願います。
 ※病状等により上記以外のものをご準備いただく場合があります。ご不明な点は看護師へお尋ねください。
 ※持ち物は各自でご管理願います。
 ※臓器提供の意思がある場合は、お申し出くださいますようお願いいたします。
 臓器提供意思表示カードは、当院にて配布しております。

入院に際して準備していただくもの



入院時に必要となるタオル・衣類・日用品・紙おむつなどをご用意させていただきます。レンタルセットがございます。
 詳細は「メディカルケアセット・オムツセットのご案内」をご参照ください。



お申込・お問い合わせ窓口

豊田厚生病院内コンビニ

[営業時間] 7:30~20:00



○ ご準備いただくもの

入院の際は、下記をご準備ください。

- ★印は、入院当日に中央棟 1 階 入退院案内にご持参ください。
- すべての持ち物にはフルネームで記名をお願いいたします。
- アメニティセットのレンタルもご用意しております（有料）。※印はアメニティセット（Aセット）に含まれます。詳細は別紙をご参照のうえ、入院時に病棟看護師にお申し込みください。
- 箸とスプーン（小）は病院で用意いたします。
- 電気製品の使用を希望される方は、入院時に病棟看護師にお申し出ください。（状況により許可いたしかねる場合がございます）

持ち物チェックリスト

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 入院申込書★ | <input type="checkbox"/> 健康保険証★ |
| <input type="checkbox"/> 各種医療受給証★ | <input type="checkbox"/> 診察券★ |
| <input type="checkbox"/> 印鑑（シャチハタ可）★ | <input type="checkbox"/> 常用薬剤・お薬手帳 |
| <input type="checkbox"/> 歯ブラシ※ | <input type="checkbox"/> 歯磨き粉※ |
| <input type="checkbox"/> 義歯用洗浄剤※ | <input type="checkbox"/> 義歯ケース※ |
| <input type="checkbox"/> ボディーソープ※ | <input type="checkbox"/> シャンプー※ |
| <input type="checkbox"/> フェイスタオル※ | <input type="checkbox"/> バスタオル※ |
| <input type="checkbox"/> ティッシュペーパー※ | <input type="checkbox"/> お茶用コップ（割れないもの）※ |
| <input type="checkbox"/> パジャマ・寝巻きなどの寝衣（指示のある場合は前開き）※ | |
| <input type="checkbox"/> テレビ用イヤホン（相部屋の方）※ | |
| <input type="checkbox"/> 下着類 | <input type="checkbox"/> 履き物（下記①～③をすべて満たすもの） |
| <input type="checkbox"/> マスク（入院日数分+2、3枚） | <input type="checkbox"/> ハンドソープ（個室の方） |
| <input type="checkbox"/> スプーン（大） | <input type="checkbox"/> ふきん |
| <input type="checkbox"/> 時計 | <input type="checkbox"/> 筆記用具 |
| <input type="checkbox"/> ヘアドライヤー（病棟で共用品を貸出可能ですが、お待ちいただく場合があります） | |
| <input type="checkbox"/> 電気カミソリ（剃刀は持ち込み禁止） | |

入院中の転倒防止のため、履き物は下記①～③をすべて満たすものをご準備ください。

- ① つま先とかかどが覆われているもの
- ② 足のサイズに合ったもの
- ③ 底がすべりにくいもの（すべり止めがすり減っていないことをご確認ください）

スリッパや合成樹脂サンダル（クロックスなど）は、転倒の危険性が高いため使用しないでください。ご不明な点はお相談ください。



● 治療について（万が一に備えて…）

治療について 1日でも長く生きられるような治療を受けたい
 痛みや苦しみが少なくなる治療を受けたい
 上記2つとも希望しない
 その他（ ）

最期に過ごしたい場所 自宅 病院 老人ホームなどの施設
 障がい児・者などの施設 その他（ ）

● 意思決定が困難になった場合、わたしの意思を推定する者として、治療や日常的なケアを含めて相談してほしい人（いない場合は空欄で良いです）

ふりがな 氏名 関係 連絡先

● そのほか、支援者に知っておいてほしいことや配慮してほしいこと

[Empty box for additional notes]

● 緊急連絡先

1 1 ふりがな 氏名 関係 連絡先
2 2 ふりがな 氏名 関係 連絡先

● このノートと一緒に作った人

家族の構成図

氏名 関係
氏名 関係
氏名 関係
氏名 関係

[Empty box for family composition diagram]

このノートに記載する情報がケアに反映されます。自分の望む生活を送るため、このノートを、医師や看護師、ケアマネジャーなどの専門職（支援者）と共有しましょう。また、意思が変わったと感じた際には、積極的にこのノートを更新していきましょう。

※専門職など一緒に作った人からの一言メッセージ※

作成日 令和 年 月 日 （作成場面 ）

ふりがな 本人氏名 男・女 生年月日 大・昭平・令 年 月 日
住所

わたしのノート（スタート編）



書けるところから書いていきましょう。

● わたしの思い・夢（ありたい自分、叶えたい夢、希望、家族への想いを記載しましょう）

♪理由やエピソードはあ

一方で、不安に思っ

★Point★

- ☞初めから書けない場合は、「わたしのこと」などから書き始め、自分の想いを整理してから書いていきましょう。
- ☞「わたしの思い・夢」を書いた特別な理由や想いがあるはず。自分の想いや人生観を表すキーワードになるため、エピソードや理由を書いてみましょう。
- ☞「わたしの夢・想い」がある一方で、不安に思っていることや心配なことなどを書いてみましょう。

★記載例★

- ・人に迷惑をかけずに自立して生きていきたい。
- ・家族との思い出の場所の〇〇へ行きたい。
- ・□□を経験・体験してみたい。
- ・足腰が弱り、歩けなくなってしまわないか不安。
- ・介護が必要になった場合に、ひとり暮らしでも暮らしていけるかが不安。

● わたしに対する家族の想い

★Point★

- ☞ご本人をケアすることへの想いや、「わたしの夢・想い」に対する想い、ご本人に対してどのような生き方をしてほしいかなど、ご家族の方がご本人に対する想いを書きましょう。

● わたしのこと

趣味

口理

大切な場所

好きな色

楽しみなこと

苦手・

嫌いなこと

療養・生活し

自宅

病院

老人ホームなどの施設

続けたい場所

障がい児・者などの施設

その他（ ）

● 健康状態などについて

かかりつけ医

有 ・

連携先病院

有 ・

疾病名

介護認定

無 /

障がい手帳

無 /

★Point★

- ☞かかりつけ医
自分の健康に異変を感じた場合に相談をする医療機関がかかりつけ医です。
- ☞連携先病院
かかりつけ医とは別の病院で検査などを行っていることがあれば、その病院を書いてください。
- ☞疾病名
分からない・書きたくない場合は、書かなくても良いです。

特定疾患受給者証

有 ・ 無 ・ 申請中

生活保護

有 ・ 無 ・ 申請中

● 治療について（万が一に備えて…）

治療について
最期に過ごしたい場所

☐
☐
☐
☐
☐
☐

★Point★
☞どんな人にも万が一は起こりうる話です。自分に万が一のことが起こった時に、どのような治療をしてほしいか、どこで最期を過ごしたいか、整理をしてみましょう。

障がい児・者などの施設 ☐ その他（ ）

● 意思決定が困難に治療や日常的なケアがふりがな氏名

★Point★
☞意思決定が困難になった場合でも意思は存在するため、まわりの支援者はわたしの意思を推定し、十分に話し合ったうえで最善の方針をとります。その際に、わたしの意思を推定する人を前もって定め、その人と治療や日常的なケアを含め、繰り返し話し合うことで、意思が推定しやすくなります。

● そのほか、支援者に知っておいてほしいことや配慮してほしいこと

★Point★
☞周りのかたに対して、知っておいてほしいことを書きましょう。

★記載例★

- ・自分には〇〇といったこだわりがある。
- ・自分が混乱しているときは、落ち着いてから話してほしい。
- ・身体手帳は持っていないが足が不自由。
- ・耳が遠く聞き取りづらいことが多いため、大きな声で話してほしい。
- ・認知機能が低下しているため、記憶を繰り返し振り返るように心がけてほしい。
- ・（終末期の方で）状態が急変した場合は、救急車を呼ばないでほしい。

● 緊急連絡先

1 ふりがな 氏名 関係 連絡先
2 ふりがな 氏名 関係 連絡先

● このノートと一緒に作った人

氏名 関係
氏名 関係
氏名 関係
氏名 関係

家族の構成図

★Point★
☞家族の構成図
・ご本人と一緒に暮らしている方など、ご本人との家族の関係性を図で表します。
・ご本人・ご家族では書くことが難しいため、専門職の方が書いても良いです。

このノートに記載する情報がケアに反映されます。自分の望む生活を送るため、このノートを、医師や看護師、ケアマネジャーなどの専門職（支援者）と共有しましょう。また、意思が変わったと感じた際には、積極的にこのノートを更新していきましょう。

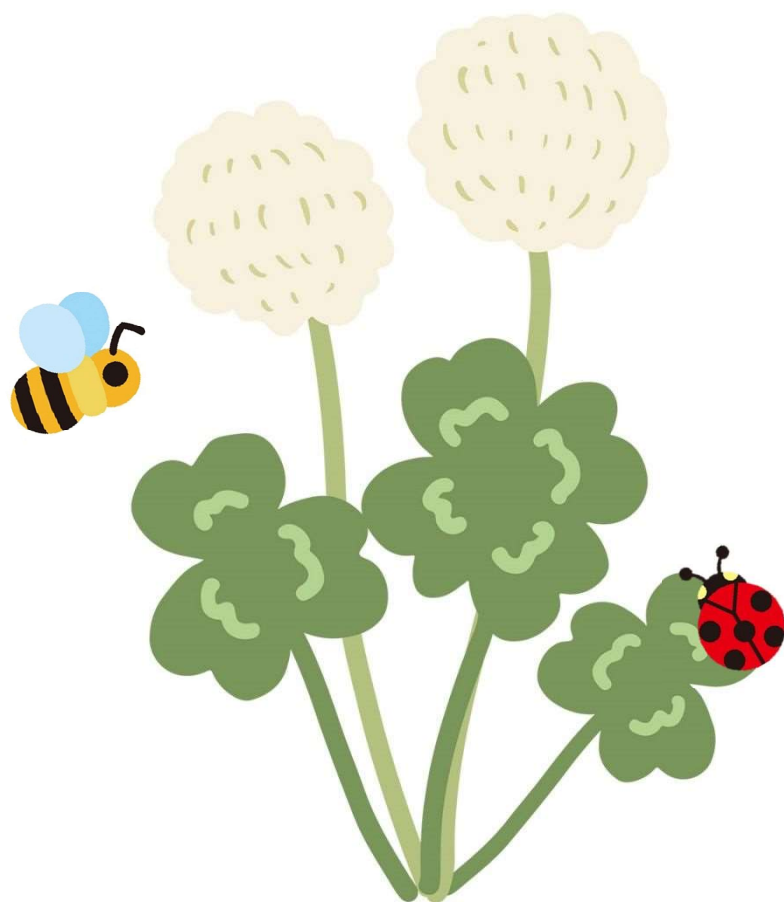
※専門職など一緒に作った人からの一言メッセージ※

作成日 令和 年 月
ふりがな
本人氏名
住所

★Point★
☞一緒に作成した専門職などから本人に対する一言メッセージを書きましょう。
☞作成日に加えて、どのような場面で作成したのか書きましょう。（例）入院時、退院時、ケアマネジャーとの初めての面談時など
☞次に作成するときは、今の内容から変わっていることもあるため、次の作成予定日（半年後・1年後など目安）を書きましょう。

エンディングノート

わたしのノート



お名前 _____

はじめに

このノートは「自分はこうしたい」「こうして生きていきたい」という希望を記録するものです。認知症などにより十分に意思表示ができなくなったとき、自分の意思を相手に対して伝える参考材料として利用することができます。

住み慣れた地域社会で、ご自身が自分らしく生きることの手助けになることを願って、このノートを作成いたしました。

- 人生を振り返り、わたしを見つめなおします。
- 普段の暮らしを記録し、もしものときの希望を表明します。



目 次

- はじめに
- 私のこと 2
- 私の好きなもの 3
- 私の健康状態 4
- 病気について 5
- 介護が必要になったら 7
- 認知症等になったら 8
- 葬儀のこと 9
- お墓のこと 10
- 遺言について 11
- 渡したいもの その他のもの 12
- 預貯金等の資産 13
- 生命保険等 14
- 不動産 15
- もしもの時の連絡先 18
- 大切な人へのメッセージ 19
- あなたの身近な相談窓口 22



記入日： 年 月 日

私のこと

ふりがな

大正・昭和・平成

名前

年 月 日生

〒

現住所

電話番号

()

—

血液型

本籍地

私の歩いた道のり

学歴

年 月

卒

年 月

卒

年 月

卒

年 月

卒

職歴

年 月～

年 月

年 月～

年 月

メモ（上記では書ききれなかったことをお書きください）



記入日： 年 月 日

私の好きなもの

〈趣味・特技〉

.....

.....

〈好きな食べ物・飲み物〉

.....

.....

〈好きな色〉

.....

.....

〈日課〉

.....

.....

〈お気に入りの場所〉

.....

.....

〈メモ〉（上記では書ききれなかったことをお書きください）

.....

.....

.....

.....



記入日： 年 月 日

私の健康状態

〈かかりつけの病院〉

病院名 電話番号 () -

科名 病名

病院名 電話番号 () -

科名 病名

病院名 電話番号 () -

科名 病名

〈お薬〉

- いつも飲む薬
- お薬手帳保管場所

〈アレルギー等気をつけること〉

〈健康保険証〉

- 種類 国民健康保険 社会保険 後期高齢者医療保険
- 保管場所

〈介護保険証〉

- 介護保険証 有 ・ 無 保管場所

〈障がい者手帳等〉

- 障がい者手帳等 有 ・ 無 保管場所
- 種類 身障 (級) 精神 (級) 療育 (判定) 難病

病気について ～不治の病になった時のことを考えて～

※チェックを入れてください

〈告知について〉

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 病名・余命を告知してほしい | <input type="checkbox"/> 病名・余命ともに告知しないでほしい |
| <input type="checkbox"/> 病名のみ告知してほしい | <input type="checkbox"/> 家族等にまかせる |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
- ()

〈延命措置について〉

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 可能な限り延命措置を受けたい | <input type="checkbox"/> 延命措置を希望しない |
| <input type="checkbox"/> 苦痛を少なくすることを重視したい | <input type="checkbox"/> 家族等にまかせる |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
- ()

* 延命措置とは？（日本尊厳死協会ホームページ <http://www.songenshi-kyokai.com> より抜粋）
リビングウィルに書かれている「延命措置」とは、回復の見込みがないと診断された患者で、かつ死期が近づいているにもかかわらず、人工呼吸器や透析、胃ろうなどによって生命を維持させるための措置です。

〈人生の最期の時を過ごしたい場所について〉

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅で過ごしたい | <input type="checkbox"/> 病院で看護を受けたい |
| <input type="checkbox"/> ホスピス（緩和ケア病棟）で過ごしたい | <input type="checkbox"/> 家族等にまかせる |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

〈臓器提供について〉

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
|-------------------------------|--------------------------------|
- 臓器提供意思表示カードを 持っている 保管場所
- 持っていない

記入日： 年 月 日

病気について ～不治の病になった時のことを考えて～

※チェックを入れてください

〈献体について〉

希望する

希望しない

(献体登録を している 登録先 していない)

〈私が判断できないときは〉

私の治療方針については 名前 [続柄:] の

意見を尊重して決めてください。連絡先

〈メモ〉 ※書き足りないことなどを自由にお書きください。

介護が必要になったら

※チェックを入れてください

〈介護をお願いしたい人〉

- 配偶者 子ども
- ヘルパーなど介護保険のサービスを利用したい
- その他

名前 〔関係: 〕

〈介護してほしい場所〉

- なるべく自宅を希望する
- 病院・施設

名称・場所等

- お任せする

〈介護の費用〉

- 収入の範囲内でお願いしたい
- 私の預金を使ってほしい
- 用意していない
- その他

()

認知症等になったら

※チェックを入れてください

〈財産管理などをお願いしたい人〉

配偶者

子ども

親族

成年後見人等

任意後見人

【成年後見制度とは】

認知症等で、判断能力が十分でない方を保護・支援するための制度です。

■成年後見人等…本人の利益を考えながら、財産管理に関する支援や、本人を代理して各種の手続きや契約を行う人のことです。成年後見人は家庭裁判所によって選ばれます。

利用する場合 豊田市成年後見支援センターへご相談ください。

■任意後見人…本人との間で結んだ任意後見契約に基づいて、判断能力が低下したら、本人の身上監護や財産管理に関する事務を行う人のことです。

〈メモ〉 ※書き足りないことなどを自由にお書きください。

葬儀のこと

※チェックを入れてください

葬儀をする

葬儀をしない

〈葬儀の形式〉

自分の信じる宗教で

具体的に

無宗教で

家族・親族等に任せる

〈葬儀の場所〉

お任せする

希望がある 名称等

互助会に入っている

入っていない

その他

〈葬儀の規模〉

豪華・盛大に

家族・近親者のみ

お任せする

〈遺 影〉

用意してある 保管場所

お任せする

〈葬儀の費用〉

私の預金でまかなってほしい

お任せする

その他

お墓のこと

※チェックを入れてください

〈お墓の場所〉

すでにある

名称

住所

連絡先

希望あり

新たにお墓を購入

永代供養墓・納骨堂

散骨

その他 ()

お任せする

〈お墓の費用〉

私の預金でまかなってほしい

お任せする

その他

〈メモ〉 ※書き足りないことなどを自由にお書きください。

遺言について

※チェックを入れてください

〈遺言書の有無〉

作成していない

作成している 保管場所

作成している場合は、以下種別のいずれかにチェック

自筆証書遺言 (作成年月日：)

公正証書遺言 (作成年月日：)

■自筆証書遺言…遺言者本人がその全文、日付及び氏名を手書きし、捺印をした遺言です。(2019年より財産目録のみパソコンでの記入が可能となりました)実際に相続する場合は、家庭裁判所での検認が必要になります。

■公正証書遺言…公証役場にて、証人2人以上の立ち合いのもと、遺言者本人の口授により公証人が遺言者の内容を文章にします。費用はかかりますが、検認手続きは不要で原本は公証役場に保管されるため安全な方法とされています。

◎遺言書は、自分が元気なうちに、残された者が困らないように作成しておくものです。相続や遺言書については、専門家に相談されることをおすすめします。

記入日： 年 月 日

渡したいもの～形見分け～

何を 品名 _____

保管場所 _____

誰に 名前 _____ 関係 _____

連絡先 _____

メッセージ

何を 品名 _____

保管場所 _____

誰に 名前 _____ 関係 _____

連絡先 _____

メッセージ

何を 品名 _____

保管場所 _____

誰に 名前 _____ 関係 _____

連絡先 _____

メッセージ

その他のものは

- 寄付が可能なものは、寄付してほしい
- すべて処分してほしい

メモ

記入日： 年 月 日

預貯金等の資産

〈預貯金〉

金融機関・支店名	種 別	口座番号	備 考

〈その他の資産〉

名 称	内 容	保管場所など	備 考

借入金

〈借入金・ローン〉

借入先	金 額	返済方法	備 考

記入日： 年 月 日

生命保険等

〈生命保険・損害/障害保険〉

保険会社	種類・内容	受取人	備考

年金

〈公的年金〉

基礎年金番号	種類	受給金額	備考

〈個人年金・企業年金〉

名称	記号番号等	受給金額	備考

不動産

境界の権利関係や地域のルールなど、特に知っておいてほしいことがある場合は、記入しましょう！

〈不動産〉

No	種別	所在地	持ち分	備考
①	<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物			
	〈土地・建物についてどうしたいか〉 自分がいなくなった後・・・ <input type="checkbox"/> 家族（ ）に引き継いでほしい <input type="checkbox"/> 相続人の間で相談してほしい <input type="checkbox"/> 売却・賃貸してほしい <input type="checkbox"/> 遺言書に記載 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
②	<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物			
	〈土地・建物についてどうしたいか〉 自分がいなくなった後・・・ <input type="checkbox"/> 家族（ ）に引き継いでほしい <input type="checkbox"/> 相続人の間で相談してほしい <input type="checkbox"/> 売却・賃貸してほしい <input type="checkbox"/> 遺言書に記載 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
③	<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物			
	〈土地・建物についてどうしたいか〉 自分がいなくなった後・・・ <input type="checkbox"/> 家族（ ）に引き継いでほしい <input type="checkbox"/> 相続人の間で相談してほしい <input type="checkbox"/> 売却・賃貸してほしい <input type="checkbox"/> 遺言書に記載 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
④	<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物			
	〈土地・建物についてどうしたいか〉 自分がいなくなった後・・・ <input type="checkbox"/> 家族（ ）に引き継いでほしい <input type="checkbox"/> 相続人の間で相談してほしい <input type="checkbox"/> 売却・賃貸してほしい <input type="checkbox"/> 遺言書に記載 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
⑤	<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物			
	〈土地・建物についてどうしたいか〉 自分がいなくなった後・・・ <input type="checkbox"/> 家族（ ）に引き継いでほしい <input type="checkbox"/> 相続人の間で相談してほしい <input type="checkbox"/> 売却・賃貸してほしい <input type="checkbox"/> 遺言書に記載 <input type="checkbox"/> その他（ ）			



空き家の管理について

- 「突然相続で空き家を所有することになった」など、空き家は身近な問題となっています。「空家等対策の推進に関する特別措置法」では、空き家の所有者又は管理者は、空き家の適切な管理を行うよう定められています。
- 放置していた空き家の一部が落下や崩れるなどして他人にケガをさせた場合、損害賠償を求められる可能性があります。

<損害額の想定例>

例：空き家倒壊による隣地家屋の全壊・死亡事故
(夫婦・8歳女兒) の場合

損害区分		損害額
物件損害 など	住宅	900万円
	家財	280万円
	倒壊家屋の 解体・処分	320万円
	小計(1)	1,500万円
人身損害	死亡逸失利益	11,740万円
	慰謝料	7,100万円
	葬儀費用	520万円
	小計(2)	19,360万円
合計		20,860万円

出典：公益財団法人 日本住宅総合センター

適切な管理をしないと、
こんなことも・・・

- 放置すれば特定空家※になる恐れのある「管理不全空家」に認定されると、市から指導・勧告を受ける可能性があります！
※周囲に著しい悪影響を及ぼす空家
- 勧告を受けた「管理不全空家」は、**固定資産税の住宅用地特例(1/6等に減額)が解除**されます！

<相談先一覧>

相談内容	窓口	電話番号
空き家に関する総合相談	豊田市役所定住促進課	0565-34-6764
豊田市の空き家に関する協定団体 (令和5年8月1日時点)	NPO 法人あいち空き家・修活相談センター	050-3551-8611
	(公社) 愛知県宅地建物取引業協会	052-522-2567

<メモ>

豊田市空き家情報バンクについて

○豊田市空き家情報バンクでは、豊田市の山村地域等（※）の空き家の所有者と利用希望者が
 出会う場を提供します。

○登録までの流れ

STEP 1 支所に連絡（まずは物件のある地区の支所にお問い合わせください！）

STEP 2 空き家の確認（支所職員が空き家の状態を確認します。）

STEP 3 登録申し込み（申込についてサポートしますので御相談ください！）

※対象地域

全域	旭地区・足助地区・稲武地区・小原地区・下山地区
一部地域	石野地区・猿投台地区・高橋地区・藤岡地区・松平地区

○各種補助金もごございます。（詳細は地域支援課または支所にお問い合わせ下さい。）

豊田市空き家情報バンク 登録促進事業補助金

空き家情報バンクに登録される空き家の
 所有者に対して、空き家にある家財道具
 の運搬・処分に要する費用の一部を補助
 します。

補助金額

空き家の片付けに要する
 費用の10分の8
 （上限20万円）

豊田市山村地域等空き家 再生事業補助金

空き家情報バンクにより、賃貸借又は売買契
 約が成立した空き家に対して、改修に必要な
 経費の一部を補助します。

補助金額

改修費の10分の8
 （上限100万円）

※所有者は賃貸借契約の場合
 のみ補助対象

【問合せ先】豊田市役所

地域支援課	0565-34-6629	猿投支所	0565-45-1211
旭支所	0565-68-2211	下山支所	0565-90-2111
足助支所	0565-62-0601	高橋支所	0565-80-0077
稲武支所	0565-82-2511	藤岡支所	0565-76-2101
小原支所	0565-65-2001	松平支所	0565-58-0001

<メモ>



記入日： 年 月 日

もしもの時の連絡先リスト

名前と関係	住所・電話番号	備考
()	〒 Tel : () -	
()	〒 Tel : () -	
()	〒 Tel : () -	
()	〒 Tel : () -	
()	〒 Tel : () -	
()	〒 Tel : () -	
()	〒 Tel : () -	
()	〒 Tel : () -	
()	〒 Tel : () -	
()	〒 Tel : () -	

大切な人へのメッセージ

さんへ

さんへ

さんへ

メ モ

A series of horizontal dashed lines for writing.

—あなたの身近な相談窓口—

65歳以上の高齢者の方やそのご家族の相談は…

地域包括支援センター

☎ () —

障がい・介護サービスを利用されている方は…

事業所名	電話番号	担当者
	() —	
	() —	
	() —	
	() —	

福祉のことで困ったときは…

豊田市役所 福祉総合相談課

(0565)34-6791

社会福祉法人 豊田市社会福祉協議会

豊田市成年後見支援センター

〒471-0877 豊田市錦町1丁目1-1

☎ : (0565) 63-5566 Fax : (0565) 33-2346

E-mail : s-shien@toyota-shakyo.jp

✿火曜日から土曜日

午前8時30分～

午後5時15分

(日・月・祝日および

年末年始は休みになります)

書き方等で分からない時は、上記までご連絡下さい。

豊田市成年後見支援センターホームページはこちらから ➡



【入院時情報提供】介護保険医療連携用情報提供 送信票

様式 2

【発信先】
 医療機関名：
 担当部署名：
 電話： FAX：

【発信者】
 事業所名：
 担当者名：
 電話： FAX：

令和 年 月 日

フリガナ 利用者氏名	性別	住所	〒			
生年月日	年	月	日生	歳	電話番号	
フリガナ 連絡者氏名	住所	〒		続柄	電話番号	
要介護度	負担割合	割	減免		生保	
認定有効期間・申請日	年	月	日	～	年	月 日

※新規申請中・変更申請中の場合は上欄に申請日を記入してください。

本人の好きなこと・価値観・希望の療養場所・治療に関する希望 など 誰から聞いたか：本人・その他() 聞いた時期 年 月 日頃	それに対する家族の意向
(代理意思決定者 氏名 続柄)	

主な疾患(現症)	疾患名		病院名		主治医名	通院・訪問

ADL	状態	ADL	状態	ADL	状態	ADL	状態	認知症有無
移動		食事		入浴		更衣		
移乗		排泄		整容		服薬管理		

特記事項

生活上の問題

利用していたサービス及び頻度							
		回/週			回/週	訪問看護	回/週
		回/週			回/週	ステーション名	
		回/週			回/週		

福祉用具貸与
サービス利用
時の留意点

家族構成	家族介護者の状況等	生活歴・経済状況	

住環境	階建	階	エレベーターの有無

連絡事項
その他

相談窓口【地域包括支援センター】

※豊田市の市外局番は(0565)です

担当地区 (五十音順)	名称	所在地	電話
逢妻	ほっとかん地域包括支援センター	本新町7-48-6(有料老人ホーム豊田ほっとかん内)	36-3006
旭	めくもりの里包括支援センター	池島町屋ヶ平22(老人福祉センターめくもりの里内)	68-2338
朝日丘	社協包括支援センター	錦町1-1-1(豊田市福祉センター内)	32-4342
足助	足助地域包括支援センター	岩神町仲田20(足助病院内)	62-0683
井郷	豊田福寿園地域包括支援センター	高町東山7-46(特別養護老人ホーム豊田福寿園内)	45-5357
石野	石野の里地域包括支援センター	東広瀬町神田26-1(特別養護老人ホーム石野の里内)	78-6711
稲武	いなぶ包括支援センター	桑原町中村5(稲武福祉センター内)	82-2530
梅坪台	豊田地域ケア支援センター	西山町3-30-1(豊田地域医療センター内)	34-3209
小原	ふくしの里包括支援センター	沢田町梅ノ木574(小原福祉センターふくしの里内)	65-1600
上郷	地域包括支援センターかすえの郷	和会町東郷148(老人保健施設かすえの郷内)	21-6725
猿投	地域包括支援センター猿投の楽園	加納町向井山9-1(特別養護老人ホーム猿投の楽園内)	45-3717
猿投台	こささの里地域包括支援センター	越戸町上西小笹116(特別養護老人ホームこささの里内)	46-9677
下山	まどいの丘包括支援センター	神殿町中切7-2(下山保健福祉センターまどいの丘内)	90-4335
浄水	豊田厚生地域包括支援センター	浄水町伊原原500-1(豊田厚生病院内)	43-5022
末野原	みなみ福寿園地域包括支援センター	永覚新町5-194(特別養護老人ホームみなみ福寿園内)	24-5000
崇化館	ひまわり邸地域包括支援センター	栄生町5-20(特別養護老人ホームひまわり邸内)	33-0801
高岡	わかばやし園地域包括支援センター	若林西町北山76(特別養護老人ホーム豊田わかばやし園内)	51-1255
高橋	地域包括支援センターくらがいけ	岩滝町高入40-1(特別養護老人ホームくらがいけ内)	80-1244
藤岡	ふじのさと包括支援センター	藤岡飯野町坂口1207-2(藤岡福祉センターふじのさと内)	76-5294
藤岡南	地域包括支援センター藤岡の楽園	西中山町オケ洞10-5(特別養護老人ホーム藤岡の楽園内)	75-1258
豊南	トヨタ地域包括支援センター	平和町1-1(老人保健施設ジョイステイ内)	24-0623
保見	地域包括支援センター保見の里	保見町南山109-1(特別養護老人ホーム保見の里内)	48-3004
前林	つつみ園地域包括支援センター	堤町堤18-1(特別養護老人ホーム豊田つつみ園内)	51-5206
益富	地域包括支援センター益富の楽園	古瀬間町古宿131(特別養護老人ホーム益富の楽園内)	41-7788
松平	笑いの家地域包括支援センター	滝脇町杉長入23(特別養護老人ホーム笑いの家内)	58-5152
美里	地域包括支援センターとよた苑	野見山町5-80-1(特別養護老人ホームとよた苑内)	87-3700
竜神	ひまわりの街地域包括支援センター	本町本電48(特別養護老人ホームひまわりの街内)	47-8158
若園	みのり園地域包括支援センター	中根町男松79(特別養護老人ホーム豊田みのり園内)	53-6361

医政医発 0427 第 2 号
平成 30 年 4 月 27 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局医事課長
（ 公 印 省 略 ）

身元保証人等がないことのみを理由に医療機関において
入院を拒否することについて

医療機関において、患者に身元保証人等がないことのみを理由に、入院を拒否する事例が見受けられるが、当該事例については下記のとおり解すべきものである。貴職におかれては、貴管下保健所設置市、特別区、医療機関及び関係団体等への周知をお願いするとともに、貴管下医療機関において、患者に身元保証人等がないことを理由に入院を拒否する事例に関する情報に接した際には、当該医療機関に対し適切な指導をお願いする。

記

医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 19 条第 1 項において、「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」と定めている。ここにいう「正当な事由」とは、医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られるのであって、入院による加療が必要であるにもかかわらず、入院に際し、身元保証人等がないことのみを理由に、医師が患者の入院を拒否することは、医師法第 19 条第 1 項に抵触する。