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 明治 大正 昭和　　年　　月　　日
氏名			
住所			
電話	（　　）	—	

現病歴・既往歴・ＡＤＬ	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・・・

《参考情報》

●対応チェックリスト

（以下の項目をできる範囲で実施してください。）

□ ① **応急手当の実施**
・１１９番通報に対応した指令員が、応急手当の指導を行うことがあります。
（容態が急変した場合は、再度１１９番通報をしてください。）

□ ② **救急隊からの電話対応**
・出動した救急隊から電話が入ることがあります。

□ ③ **家族への連絡**
・傷病者の家族に連絡をお願いします。

→ □**優先順位①**　□**優先順位②**　□**その他（　　）**

□ ④ **救急隊の誘導**
・救急隊が到着したときに傷病者の場所まで誘導をお願いします。

□ ⑤ **傷病者の移動**
・傷病者を玄関付近まで移動してもらえると、救急搬送が円滑に行えます。

□ ⑥ **救急車への同乗**
・傷病者の状態について説明できる職員が同乗してもらえると、搬送先の医療機関との引き継ぎが円滑に行えます。
（傷病者の診察券、お薬手帳、サマリー等の持参をお願いします。）

●その他、救急隊への連絡事項

入院に際して準備していただくもの チェックリスト

入院手続きで必要なもの

- ☐ 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）

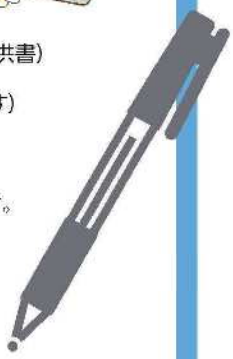
- ☐ 退院証明書
  （過去3か月以内に他の医療機関に入院されていた方のみ）
- ☐ 入院申込書
- ☐ 入院時問診票（入院前未記入の場合）
- ☐ 臓器提供意思表示カード（お持ちの方のみ）
- ☐ 各種同意書

入院生活で必要なもの

- ☐ 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く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

入院が決まったら

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

- □ 入院申込書★
- □ 健康保険証★
- □ 各種医療受給証★
- □ 診察券★
- □ 印鑑（シャチハタ可）★
- □ 常用薬剤・お薬手帳
- □ 歯ブラシ※
- □ 歯磨き粉※
- □ 義歯用洗浄剤※
- □ 義歯ケース※
- □ ボディーソープ※
- □ シャンプー※
- □ フェイスタオル※
- □ バスタオル※
- □ ティッシュペーパー※
- □ お茶用コップ（割れないもの）※
- □ パジャマ・寝巻きなどの寝衣（指示のある場合は前開き）※
- □ テレビ用イヤホン（相部屋の方）※
- □ 下着類
- □ 履き物（下記①～③をすべて満たすもの）
- □ マスク（入院日数分＋2、3 枚）
- □ ハンドソープ（個室の方）
- □ スプーン（大）
- □ ふきん
- □ 時計
- □ 筆記用具
- □ 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）
- □ 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 つま先とかかと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。
ご不明な点はご相談ください。

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。

● わたしの想い・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れば書いてみましょう♫

一方で、不安に思っていることや将来への心配事などがあれば書いてみましょう

● わたしに対する家族の想い

● わたしのこと

趣味 ……

日課 ……

大切な場所 ……

好きな食べ物 ……

好きな色 ……

特技・得意なこと ……

楽しみなこと ……

苦手・嫌いなこと ……

療養・生活し続けたい場所 □ 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（ ）

● 健康状態などについて

かかりつけ医 有 ・ 無 医療機関名 ……（医師 ）

連携先病院 有 ・ 無 医療機関名 ……（医師 ）

疾病名 ……

介護認定 無 ／ 申請中 ／ 要支援 1 2 ／ 要介護 1 2 3 4 5

障がい手帳 無 ／ 申請中 ／ 身体 級 ／ 療育 判定 ／ 精神 級

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
- □ 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

● 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 ……

● このノートを一緒に作った人

家族の構成図

氏名 …… 関係 ……
氏名 …… 関係 ……
氏名 …… 関係 ……
氏名 …… 関係 ……

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 ……

作成：豊田市在宅医療福祉連携推進会議(令和3年3月)　次回作成予定日　令和　　年　　月　　日

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。

● わたしの想い・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、不安に思ってい

★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。
☞「わたしの想い・夢」を書いた特別な理由や想いがあるはずです。
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○○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 ……

大切な場所 ……

好きな色 ……

★Point★
☞生活・療養をし続けたい場所
療養中の場合…どこで過ごしながら療養したいか。
療養中でない場合…疾病を患った場合に、どこで過ごしながら療養したいか。

楽しみなこと ……

嫌いなこと ……

療養・生活し続けたい場所
□ 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（　　）

● 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し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　□　□　障がい児・者などの施設　□　その他（　　）

★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。

● 意思決定が困難に…治療や日常的なケ…

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○○といったこだわりがある。
・自分が混乱しているときは、落ち着いてから話をしてほしい。
・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

● このノートを一緒に作った人

家族の構成図

氏名　　関係

氏名　　関係

氏名　　関係

氏名　　関係

★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

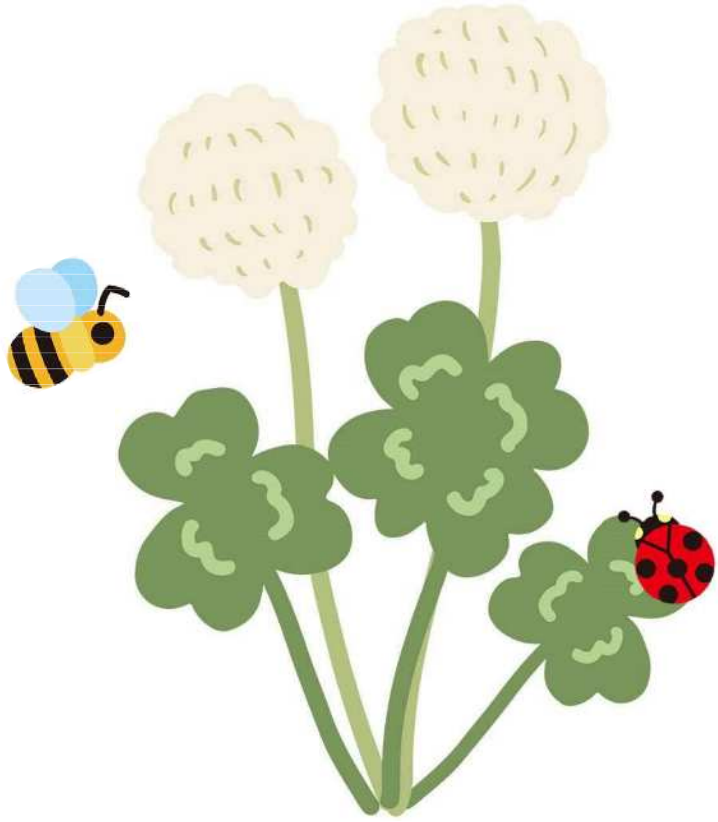
住所

★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。

次回作成予定日　令和　　年　　月　　日

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

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

〈告知について〉

☐ 病名・余命を告知してほしい　　☐ 病名・余命ともに告知しないでほしい
☐ 病名のみ告知してほしい　　☐ 家族等にまかせる
☐ その他
（　　）

〈延命措置について〉

☐ 可能な限り延命措置を受けたい　　☐ 延命措置を希望しない
☐ 苦痛を少なくすることを重視したい　　☐ 家族等にまかせる
☐ 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〉

☐ 自宅で過ごしたい　　☐ 病院で看護を受けたい
☐ ホスピス（緩和ケア病棟）で過ごしたい　　☐ 家族等にまかせる
☐ その他（　　）

〈臓器提供について〉

☐ 希望する　　☐ 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。

記入日：　　年　　月　　日

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

記入日：　　年　　月　　日

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。

記入日：　　年　　月　　日

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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日：　　年　　月　　日

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。

記入日：　　年　　月　　日

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言われています。

◎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

記入日：　　年　　月　　日

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	□土地　□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・・・ □家族（　　）に引き継いでほしい　□相続人の間で相談してほしい □売却・賃貸してほしい　　□遺言書に記載　　□その他（　　）			
②	□土地　□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・・・ □家族（　　）に引き継いでほしい　□相続人の間で相談してほしい □売却・賃貸してほしい　　□遺言書に記載　　□その他（　　）			
③	□土地　□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・・・ □家族（　　）に引き継いでほしい　□相続人の間で相談してほしい □売却・賃貸してほしい　　□遺言書に記載　　□その他（　　）			
④	□土地　□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・・・ □家族（　　）に引き継いでほしい　□相続人の間で相談してほしい □売却・賃貸してほしい　　□遺言書に記載　　□その他（　　）			
⑤	□土地　□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・・・ □家族（　　）に引き継いでほしい　□相続人の間で相談してほしい □売却・賃貸してほしい　　□遺言書に記載　　□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歳女児）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

STEP１　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！）

STEP２　空き家の確認（支所職員が空き家の状態を確認します。）

STEP３　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：（　　）　　－	

記入日：　　年　　月　　日

大切な人へのメッセージ

さんへ

さんへ

さんへ

メ　モ

―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　よりそい支援課　　(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】	【発信者】
医療機関名：	事業所名：
担当部署名：	担当者名：
電話：　FAX：	電話：　FAX：

令和　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ 利用者氏名		性別		住所	〒		
生年月日	年　月　日生　歳					電話番号	
ﾌﾘｶﾞﾅ 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	それに対する家族の意向
誰から聞いたか：本人・その他（　　）　聞いた時期　年　月　日頃	
（代理意思決定者　氏名　　続柄　　）	

	疾患名	病院名	主治医名	通院・訪問
主な疾患(現症)				

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					

豊田市介護サービス機関連絡協議会・みよし市ケアマネ連絡会・豊田市・みよし市地域包括支援センター共通様式（H29.4作成 R5.11改定）

※この様式は指定様式であるため、様式を変更することのないようにお願いします。

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	ぬくもりの里包括支援センター	池島町屋ケ平22（老人福祉センターぬくもりの里内）	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ずえの郷	和会町東郷148（老人保健施設かずえの郷内）	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1-58-1（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	西中山町才ケ洞10-5（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	本町本竜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　）

身元保証人等がい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い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ので、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い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、身元保証人等がい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。

全世代対象
救急・医療相談

子育て相談

＜おとなも！こどもも！＞

豊田市専用コールセンター

とよた急病・子育てコール２４

～育救（いっきゅう）さんコール～

救急車を呼んだ方が
いいのかな・・・

おばあちゃんの咳が
なかなか止まらなくて心配

どの医療機関に
かかればいいのかな？

夜泣きが続いてます。
どうして？

こどもが何を言っても
いやいや。困ったなあ

こどもの
好き嫌いが激しい。
大丈夫かなぁ？

な（やむ前に）きゅう きゅう　い　く　じ

(0120)７９９１９２

（24 時間 365 日対応　通話料無料）

※急病や子育ての悩みごとがある場合は、気軽にお電話ください。
ただし、意識がない、けいれんが治まらないなど、明らかに重症と思われる場合は、**迷わず 119 番を利用してください。**

でんわ　がいこくご　つか
電話：外国語も使えます！（一部を除く）

どんな人が対応してくれるの？

現場経験がある、経験豊富な看護師、医師のほか、
保健師、社会福祉士、臨床心理士等
資格を持った人が電話対応します。

どんな人が相談できるの？

豊田市民、豊田市にいる人（豊田市訪問者）
であればどなたでも相談できます。

※育救さんコール
ホームページ

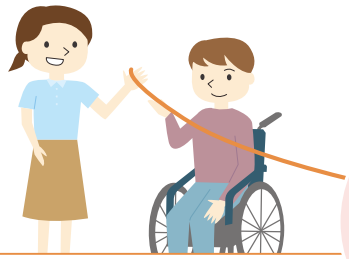
LINE 相談も可能です！
（日本語のみ対応）

［問合せ］　豊田市 地域包括ケア企画課　0565-34-6787
こども相談課　0565-34-6965

身寄りを頼ることができない方への支援

結(ゆい)サポート

～くらし安心事業～



日常生活支援
（見守り・意思決定支援）
令和7年10月～

入退院・入退所時支援

死後事務支援
令和8年1月～

結(ゆい)サポートとは

身近に頼れる親族などがいない方が、いつまでも安心してくらせるよう、豊田市社会福祉協議会と契約することで、日ごろの見守り及び意思決定支援や、入院・施設入所などの支援、亡くなった後のことなどについて支援する事業です。

対象者

豊田市内に居住している
身寄りを頼ることができない方で判断能力のある方

- ☑ 家族や親族のいない方
- ☑ 家族や親族がいても、関係性の問題等により頼ることのできない方
- ☑ 家族や親族がいても、遠方ですぐに支援を受けられない方

費用

☑ サービスごとの利用料金

対応できないこと

①医療への同意　③緊急時の駆けつけ、救急車の同乗
②身体介助　④連帯保証人 など

サービス内容や費用など、詳しくは裏面をご覧ください ▸▸▸

社会福祉法人 豊田市社会福祉協議会

〒471-0877
豊田市錦町1丁目1番地1 豊田市福祉センター2F（くらし応援課内）

営業時間 午前8時30分～午後5時15分まで（火～土曜日）
※祝日・12月29日～1月3日を除く

＼詳しくはお電話でお問い合わせください／

0565-63-5595

社会福祉協議会とは

全国、都道府県、市町村に設置されており、その地域における社会福祉の推進を図るため、地域住民・企業各種団体などと協働して、すべての人々が互いに助け合い、安心してくらすことができる、ぬくもりあるまちづくりを目指す「公共性」「公益性」の高い民間組織です

結(ゆい)サポート サービス内容

日常生活支援
（見守り・意思決定支援）

① 月1回の電話支援
② 3ヶ月毎の訪問支援
※訪問時に支援日数の相談・意思決定支援を行います

入退院・入退所時支援

① 夜間・休日などの連絡先（安心コールセンター）
② アメニティなどの準備
③ 支払い・意思決定支援
④ 自宅の管理

死後事務支援

① 法律専門職への紹介、公正証書作成などの調整

【サービス提供の流れ】

【利用料金】

サービス内容		利用料金（支援1回につき）	お支払い方法
日常生活支援	電話や訪問による見守り、意思決定支援	•電話：500円 •訪問：1,000円	毎月月末までの合計額を、翌月末までに徴収させていただきます。
入退院・入退所時支援 （豊田市内の入院・入所に限る）	医療に係る意思決定の支援	•同席：1,000円	
	必要物品の準備・お届け、自宅の管理	•1時間以内：2,000円 •1時間～2時間以内：4,000円 •2時間～3時間以内：6,000円 •3時間～4時間以内：8,000円 ＊サービスにかかる実費	

※上記、必要物品の準備・お届け及び自宅の管理の料金は、サービス提供者1名あたりの金額となります。
　ご自宅への立ち入りなどで2名のサービス提供者が必要だと判断した場合は、2名分の利用料がかかります。
※利用料の算出に関わる時間は、サービス提供者が事務所を出発してから、支援を終えて事務所に戻るまでの時間となります。

※1 ACP（アドバンス・ケア・プランニング）　将来の医療やケアについて、自分自身で考え、家族や医師・介護従事者と繰り返し話し合い、共有する取り組みのこと。

※2 死後事務委任契約　自分が亡くなった後に、死亡届の提出・葬儀の手配、医療費・公共料金等の支払いなどの手続きを、第三者に依頼する契約のこと。

サービス開始までの流れ

1. 相談　※事前のご予約が必要となります
2. 利用申し込み
3. 審査
4. 契約準備
5. 契約
6. サービス開始

高齢者等配食サービス事業のご案内

豊田市では、買い物や調理等が困難で、**見守りが必要な高齢者**を対象に、栄養バランスのとれた弁当の配達と**安否確認**を行う配食サービスを実施しています。

■対象者　安否確認の必要があり、買い物や調理等が困難な次の
①及び②両方に該当する６５歳以上の人
①単身世帯及び高齢世帯（あるいはこれに準ずる世帯）等
②身体的な理由等で買い物や調理等が困難であること（※１）

■利用料　税込　３００円から（普通食、刻み食）
特別食（※２）は、メニューによって利用料が異なります。
事業者にご確認ください。

■内　容　昼食又は夕食（１日１食のみ）を配達。
お弁当を直接手渡しすることにより安否確認を行います。

■配達時間　昼食：午前１０時３０分　～　午後　０時３０分
夕食：午後　４時００分　～　午後　６時００分
・状況等によって配達時間が前後する場合がありますのでご了承ください。
・配達の時間指定はできません。

■安否確認　①市役所・事業者等に緊急連絡先を登録します。
②配達時に対象者が不在、又は健康状態に異常があった場合には、
事業者が緊急連絡先（※３）へ連絡します。
③緊急連絡先の方にて対象者の安否確認をお願いします。

※１　身体機能や認知機能の著しい低下等によって、買い物に行くことができない、長時間立位が困難で調理ができない等、ご自身で食事を用意できない場合です。
審査によって、事業の対象外となる場合があります。
対象外となった場合は、全額自己負担にて民間の配食サービスをご利用ください。

※２　みえるみらい㈱、まごころ弁当、ライフデリの３社には特別食があります。

※３　**対象者の安否確認が取れない場合、配食事業者及び市役所からへ連絡をしますので、必ず連絡の取れる電話番号をご記入いただくとともに、連絡があった場合は応答（折り返しのご連絡）をお願いいたします。**

申込み・ご相談はお近くの地域包括支援センター
又は居宅介護支援事業所へお問合せください。

【お問合せ】豊田市役所　高齢福祉課　電話３４-６９８４

配食サービス事業者

地区名	事業者	配達日	提供
豊田地区①※	(株)トフス (福)福寿園 みえるみらい(株) まごころ弁当 ライフデリ	年中無休	昼・夕
豊田地区②※	(株)トフス (福)福寿園 みえるみらい(株) ライフデリ	年中無休	昼・夕
藤岡・小原・旭	ライフデリ	年中無休	昼・夕
足助	配食サービス 大蔵弁当（同）	年中無休	昼・夕
下山	(有)まどい	週６日（日曜日、年末年始以外）	昼・夕
稲武	いなぶ配食サービス	週７日（年末年始以外）	昼

※ 豊田地区①：豊田地区②以外の豊田地区

※ 豊田地区②：保見・猿投・石野・松平地区の一部

【 配食サービス開始までの流れ 】

① **相談**　地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所へ**電話等で相談**をします。

② **確認**　利用されたい方の生活状況等を確認し、配食サービスが必要な方には、利用調整、申請書等を作成します。

以下の事項に同意ください。

1　実態把握及び安否確認のため、居宅介護支援事業所等が収集した心身状況や介護保険サービス利用状況を地域包括支援センター等へ情報提供すること。

2　配食サービスの利用決定内容については、ケアプランに反映させるため、居宅介護支援事業所等に情報提供すること。

③ **審査**　高齢福祉課へ申請書類を提出し、高齢福祉課が書類審査を行います。

④ **決定**　審査後、高齢福祉課から利用者様へ決定通知を郵送します。
また、高齢福祉課から配食事業者へ開始の連絡をします。

⑤ **訪問**　事業者から**事前訪問等の連絡**があります。
訪問時に献立表、配達スケジュール、支払方法等の**説明**があります。

⑥ **開始**　事業者が**食事を配達**します。弁当を受け取られましたらスケジュール表に受領印（又は署名）をお願いします。

【お問合せ】豊田市役所　高齢福祉課　電話３４-６９８４