

申請日 年 月 日

## 鎌倉市終活情報登録申請書

私は、この事業の登録を申請します。

なお、登録した情報については、緊急時に連携している関係機関及び指定する者（緊急連絡先）に提供することを同意します。

ふりがな		〒	-
氏名	住所	鎌倉市	
血液型： 型			
生年月日 年 月 日( 歳)	電話	-	-

## 1 緊急連絡先（親族及び後見人）

 エンディングノートP

	氏名	住所・電話番号	関係	指定する者に○
1		電話 - -		
2		電話 - -		
3		電話 - -		

## 2 かかりつけ医

 エンディングノートP

	医療機関名	担当医師名	病名
1	(病院名等・診療科)		
2	(病院名等・診療科)		

## 3 いつも飲む薬

 エンディングノートP

	薬名	効能・病名	1回の服薬数
1			
2			

## 4 アレルギー等

 エンディングノートP

病名	症状・気をつけること

## 5 延命治療等に関すること

(1) 病気の告知について

 エンディングノートP 希望しない 家族にまかせる 希望する (  余命  病名 ) その他 ( )

(2) 延命治療について

- 希望しない  家族にまかせる  
 希望する (  余命  病名 )  その他 ( )

(3) 終末医療について

- 自宅で過ごしたい  病院で看護を受けたい  
 ホスピスで過ごしたい  その他 ( )

(4) 臓器提供・献体について

- 希望しない  臓器提供意思表示カードを持っている  
 献体を登録している (登録先: )  
 その他 ( )

6 葬儀について

- 希望なし  
 希望あり  エンディングノートP

(喪主・場所・規模など)

7 お墓について

- 希望なし  
 希望あり  既にあり  エンディングノートP

(場所・規模など)

8 遺言書について

- 作成していない  エンディングノートP  
 作成済み (保管場所)

9 生命保険・預貯金について

エンディングノートP

	保険会社名・金融機関名
生命保険	
預貯金	

10 エンディングノートについて

- 作成していない  
 作成済み (保管場所)

11 その他