第１号様式

申請日　　年　　月　　日

（宛先）川崎市長

終 活 情 報 登 録 申 請 書

私は、この事業の登録を申請します。登録した情報については、警察、消防、医療機関、行政機関及び私が指定する者からの照会に対し提供することに同意します。また、事業実施に必要な川崎市における住民登録・介護情報の調査及び委託事業者への情報提供について同意します。

登録対象者（本人）

ふ り が な		生年月日	年　　月　　日
氏　　名			
住　所	〒　　－ 川崎市　　区		
電　話			
本　籍	※登録を希望する場合のみ記入		
本人確認書類の写し	※住所・氏名・生年月日が分かる書類の写しを同封してください。 ※確認書類の住所と居住地が異なる場合は、居住地が確認できる書類（公共料金の明細書等）も同封してください。 □　運転免許証　　□資格確認書 □　マイナンバーカード（表面（個人番号の無い面）のみコピー） □　その他（　　）		

申請者　※成年後見人が申請する場合に記入（登記事項証明書が必要です）

ふ り が な		生年月日	年　　月　　日
氏　　名			
住　所	〒　　－ 川崎市　　区		
電　話			
確認書類	□　登記事項証明書の写し		

1 緊急連絡先（親族及び後見人等）

※登録情報を照会できる者として指定する場合は「指定」欄に〇をつけてください

	氏名	住所・電話番号・生年月日		関係	指定
1	ふりがな 氏名	住所	〒　　－		
		電話	－　　－		
		生年月日	年　　月　　日		
2	ふりがな 氏名	住所	〒　　－		
		電話	－　　－		
		生年月日	年　　月　　日		
3	ふりがな 氏名	住所	〒　　－		
		電話	－　　－		
		生年月日	年　　月　　日		

※緊急連絡先の登録に当たっては、同意書（第２号様式）の提出が必要です。

2　かかりつけ医

	医療機関名	診療科名	電話番号	病名
1				
2				

その他の既往歴や現病歴等（ペースメーカーの使用や人工透析等）

3　服用薬（薬名・服用頻度等）

4　アレルギーの有無等　アレルギーの内容

☐ なし
☐ あり

5　延命治療に関する意向

(1) 延命治療について

☐ できる限り希望　☐ 苦痛を和らげる緩和治療を希望　☐ 家族や親族の判断に任せる

☐ 一切希望しない

☐ その他（　　）

(2) 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（　　）

(3) 臓器提供意思について

☐ 希望しない

☐ 希望している　→ ☐ マイナンバーカード(保険証)に記載　☐ 健康保険資格確認書に記載

☐ 運転免許証に記載　☐ その他の記載場所（　　）

(4) 献体について

☐ 希望しない

☐ 献体登録済み

登録先名称､連絡先

6 葬儀に関する意向

☐ 生前予約なし

☐ 生前予約あり

葬儀社名、連絡先

7 埋葬に関する意向

☐ お墓はない

☐ お墓がある

お墓の名称､連絡先､所在地(区画番号等)

8 遺言書の有無

☐ 作成していない

☐ 作成済み

保管場所等

9 エンディングノートの有無

☐ 作成していない

☐ 作成済み

保管場所等

10 その他の連絡先等
（自由記載）

※緊急連絡先以外、特定の事項について登録したい連絡先等があれば記載
連絡先を登録する場合は、同意書（第２号様式）の提出が必要です。