

レスパイト利用者カード

氏名	(男 ・ 女)	生年月日 (西暦)	年 月 日 (年)	ID	
住所	(〒 -)			おおぞらまでの交通手段 (所要時間)	(時間 分)
連絡先①	() -	氏名 (続柄)	()	家 族 構 成	
連絡先②	() -	氏名 (続柄)	()		
連絡先③	() -	氏名 (続柄)	()		
主病院 (かかりつけ病院)	病院名 () -		訪問診療医	TEL	
	主治医 【 科】		訪問看護ステーション	TEL	
緊急時搬送先病院 (担当医)	TEL		相談支援事業所	相談員	TEL

【記載日： 年 月 日】

利用する デイサービス		使用中の呼吸器	
		呼吸器管理する営業所	担当 TEL
居宅介護・家事 支援事業所		酸素を管理する営業所	担当 TEL
	移動支援事業所	その他利用するサービス (訪問入浴など)	
アレルギー	有 ・ 無		
その他 特記事項			