レスパイトケア担当者への引き継ぎ事項

ご本人の名前 _____

日付 _____

引き継ぐ人 _____

引き継がれる人 _____

毎日の生活リズム

食事と飲み物

薬：種類・服用時間・保管場所

移動・トイレ・身の回りのケア

心配なことがある場合

#	名前	続柄	電話番号
1			

#	名前	続柄	電話番号
2			
3			
4			

住まいに関するメモ（鍵・暖房・ペット・警報器）