難病患者在宅レスパイト実施報告書

令和7年5月31日

東京都知事 殿

事業所名 △△訪問看護ステーション

在宅レスパイトの利用について、下記のとおり実施しましたので報告します。

記

1 患者氏名 東京 太郎

欄外にあるア～エから、該当するものを選んでください。

2 利用時間

実施年月日	開始時刻	終了時刻	実施時間	利用目的	月に4時間を超えて利用が必要な理由(※)
R7年5月2日	10時00分	12時00分	2 時間	休息	
R7年5月7日	14時30分	17時30分	3 時間	その他(学校行事参加のため)	ウ
R7年5月20日	12時15分	17時15分	4 時間	通院	イ
年 月 日	時 分	時 分	時間	休息・通院・在宅療養・就労・その他( )	
年 月 日	時 分	時 分	時間	休息・通院・在宅療養・就労・その他( )	
年 月 日	時 分	時 分	時間	休息・通院・在宅療養・就労・その他( )	

難病患者在宅レスパイト通知書と同一の住所に訪問したことを確認した。

利用者確認欄
(押印不要)

東京 花子

記載内容に誤りがなければ、利用者に確認を依頼し、サインをもらってください。

※月に4時間を超えて利用が必要な理由を以下から選択すること。
ア…月4時間を超えて休息が必要なため
イ…通院に4時間以上時間を要するため
ウ…用事が4時間では完了しないため
エ…その他(理由を記載すること)