

《入所時チェックリスト》

お名前 _____ 様

★ご利用日時 月 日(曜日) 時 分頃～ 月 日(曜日) 時 分頃

★緊急連絡先 [①
②

★最終排便 _____ 月 _____ 日 本日の体温 _____ 平熱 _____

最終入浴 _____ 月 _____ 日

★お薬を利用日数分ご持参下さい。

★＜睡眠薬＞ 有・無 何時に服用しますか？ _____

★＜下剤の種類と服用の仕方＞ (例)2日でなかったら～を2錠夕食時に 等…

★＜点眼薬＞ 有・無 _____ 種類 1日何回さしますか？ _____ 回

★＜貼り薬＞ 有・無

どの部位に _____ いつ貼るか _____

★＜塗り薬＞ 有・無

どの部位に _____ いつ塗るか _____

★連絡事項等ございましたら、ご記入ください

★ご利用中に使用するものは各自でご用意ください。

以下のものすべてを準備する必要はありません。(ご参考にして下さい)

品名	数量	品名	数量	品名	数量	品名	数量
タオル		パジャマ上		眼鏡		エアマット	
バスタオル		パジャマ下		眼鏡ケース		体転枕	
シャツ		箱ティッシュ		補聴器		食事用エプロン	
パンツ		歯ブラシ		腕時計		カバン	
ズボン下		歯磨き粉		置き時計		経管栄養剤	
上衣		コップ		杖		内服薬	
下衣(ズボン等)		入れ歯上		車椅子			
靴下		入れ歯下		座布団			
カーディガン		入れ歯ケース		クッション			
ベスト		入れ歯洗浄剤		シルバーカー			
コート等の上着		入れ歯安定剤		装具			
靴							

※エアマット、体転枕(クッション)を使用されている方は、ご持参ください。

《 お 願 い 》

★利用料金は、退所時に清算となりますので宜しくお願い致します。

★所持品全てに姓・名をご記入ください。 記入のない場合、紛失の原因となります。

★お荷物はすべて自己管理となります。紛失してもこちらでは責任は負えません。

★オムツ類はこちらでご用意しています。