

# 《入所時チェックリスト》

御名前 \_\_\_\_\_ 様

ご利用日時 月 日 ( 曜日 ) 時 分頃 ~ 月 日 ( 曜日 ) 時 分頃

最終排便 月 日 本日の体温: \_\_\_\_\_ °C 平熱: \_\_\_\_\_ °C

最終入浴 月 日

日数分の薬を持参して下さい

定期内服薬 ( 有 ・ 無 )

朝: \_\_\_\_\_ 回分 昼: \_\_\_\_\_ 回分 夕: \_\_\_\_\_ 回分 眠前: \_\_\_\_\_ 回分

頓用の薬 ( 有 ・ 無 ) \_\_\_\_\_ 回分

どの様な時に飲まれますか (例) 痛みの訴えがある時 等 . . .

---

下剤 ( 有 ・ 無 ) \_\_\_\_\_ 回分

どの頻度で飲まれますか

---

点眼薬 ( 有 ・ 無 ) \_\_\_\_\_ 種類

1日 \_\_\_\_\_ 回 右 ・ 左 ・ 両目

張り薬 ( 有 ・ 無 )

どの部位に \_\_\_\_\_ いつ張るか \_\_\_\_\_

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