

短期入所利用票

月 日 ( )

ご家族様記入欄	ご利用者様		様		職員記入欄		
	既往歴・疾患名				受入担当Dr		
	緊急連絡先①		続柄		受け入れNs		
	緊急連絡先②		続柄		送り出しNs		
	利用予定期間	開始	年	月	日	時より (食事は	から)
		終了	年	月	日	時まで (食事は	まで)
☆排泄状況 最終排便： 日午前・午後 時 最終排尿： 日午前・午後 時							
☆最近の身体の様子で気になることがあればご記入下さい。							
症状：咳 ・ 鼻水 ・ 下痢・便秘 ・ 食欲が無い ・ 微熱 ・ けいれん ・ その他 ( )							
部位：顔 ・ 頭 ・ 腹部 ・ 背中 ・ 手 ・ 足 ・ 陰部 ・ その他 ( )							
☆どんなご様子ですか？							
☆ケガや傷はありますか？ ない・ある→ ある場合 ( どこに どんな )							
☆同居ご家族が1カ月の間に感染性の病気に罹って ( いない・いる ) →いる場合、どなたですか ( )							
病名							
☆ご利用期間中のご要望☆							
☆前回ご利用で気になったことがあればお聞かせください☆							
職員記入欄	☆オムツ使用数☆ (コスト表確認)						
		おむつ	バット		オムツ代の請求は後日となります。 詳しくは契約書類を確認してください。		
使用枚数							

★物品は入所中に必要な分をお持ち下さい。該当しない部分の記入は不要です。(=で消して書いてもらっても大丈夫です。)

品名	数量	保管場所	職員記入欄		品名	数量	色・柄	保管場所	職員記入欄	
			入所時	退所時					入所時	退所時
経管栄養剤					歯ブラシ / コップ	/				
・エンシュアリキッド					その他					
・ラコール										
・イノラス										
・										
経管栄養物品										
・ボトル										
・接続チューブ										
・栄養輸液セット										
・シリンジ					帰宅時の衣類 (袋などに入れてまとめて くださると助かります)	1				
・シリンジ 予備										
吸引チューブ (8, 10, 12)					バギー上クッション・タオルなど					
アルコール綿										

★お薬に変更があった場合は、必ずお知らせください。★予備を(各1回分)準備してお持ちください。

名称	数量	保管場所	職員記入欄		名称	数量	保管場所	職員記入欄		
			入所時	退所時				入所時	退所時	
内服薬 薬の内容でなく、薬袋、錠剤の数を記入して下さい。(予備はセットした数)					処置物品					
朝	予備 ( )				部位	使用するもの	時間/回数			
昼	予備 ( )									
夕	予備 ( )									
就寝薬	予備 ( )									
水薬 (朝・昼・夕・寝る前) 1回量	mℓ									
座薬										
吸入薬 (ベネトリン・インタール・ハルミコー ト)										
外用薬 ・点眼(右・左・両目) 回/日										
・グリセリン浣腸 (30・60・120)										

①持ち物には、必ずフルネームでお名前をご記入ください。

②薬は1回分ずつにまとめて、薬袋等に日付けと与薬時間(朝・昼・夕など)を記入してください。

・薬の内容がわかる書類(処方箋の写し、お薬手帳など)をお持ちください。

③専用のコップ・スプーンがあれば、ご持参ください。(普通タイプのコップやスプーンであれば、当園で用意致します)

④経管栄養に使用する物品は、全て持参してください。

⑤入所中の衣類(着替え)は当園で準備致しますので、特別な衣類でなければ、ご持参いただかなくても結構です。

⑥特殊な形・素材でなければ、クッション等も準備してあります。