

宇治愛の郷ショートステイ利用時連絡票

ご利用者氏名 _____ 様

<ご利用期間> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<連絡先1> TEL _____
お名前 _____ 様 (続柄 _____)

<連絡先2> TEL _____
お名前 _____ 様 (続柄 _____)

<緊急時搬送病院>

※記入のない場合は前回お聞きしている病院を第1搬送先とさせていただきます。

最終入浴 _____ 月 _____ 日

最終排便 _____ 月 _____ 日

<便秘の時はどうしますか? また、便の形状がいつもと違う場合はご記入下さい>

食欲 1. ある 2. 普通 3. ない

睡眠 1. 眠れている 2. あまり眠れていない

薬 前回利用時と変更 _____ 有 ・ 無

<お薬についての連絡事項>

塗り薬 _____ 有 ・ 無

貼り薬 _____ 有 ・ 無

目薬 _____ 有 ・ 無

※この1週間のご様子 (何か変わったこと、お気づきの点) をお書きください。

また、利用中の生活で気をつける事、注意する事などありましたらお書きください。

利用者家族氏名 _____ 印

ショートステイ持ち物確認表

| 利用者氏名 | | 様 | | | | 送迎 | 入所 (施設・家族) | | | |
|----------|-------|------|----|---|-------|-------|------------|----|---|---|
| | | | | | | | 退所 (施設・家族) | | | |
| 入所日 | | 平成 | 年 | 月 | 日 () | 確認者 | | | | |
| 退所日 | | 平成 | 年 | 月 | 日 () | 確認者 | | | | |
| 品名 | | 色・特徴 | 枚数 | 入 | 退 | 品名 | 色・特徴 | 枚数 | 入 | 退 |
| 入所時着衣 | 半袖シャツ | | | | | 洗面 | 歯ブラシ | | | |
| | 長袖シャツ | | | | | | 歯磨き粉 | | | |
| | パンツ | | | | | | 入れ歯ケース | | | |
| | | | | | | | コップ | | | |
| | ズボン | | | | | | ヘアブラシ | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | 靴下 | | | | | | | | | |
| 下着類 | パンツ | | | | | その他 | ハンカチ | | | |
| | 靴下 | | | | | | バスタオル | | | |
| | | | | | | | フェイスタオル | | | |
| | | | | | | | ハンドタオル | | | |
| | | | | | | | メガネ | | | |
| | | | | | | | メガネケース | | | |
| | | | | | | | 上履き | | | |
| | | | | | 杖 | | | | | |
| 上着類 | | | | | | | 帽子 | | | |
| | | | | | | | バック | | | |
| | | | | | | | 車イス | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| パジャマ | 上・下 | | | | | | | | | |
| | 上・下 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 薬 有る・無し | | | | | | 預り貴重品 | | | | |
| 軟膏 有る・無し | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

※現金や保険証等の貴重品の管理に関しては、一切責任を負いませんので、お持ちいただかないようお願い致します。