

ショートステイ連絡表

様

利用期間： 年 月 日～ 月 日

ご家族様へ：ご利用日の3日前からの体温の記入、体調のチェックをお願い致します。			
/ 体温 ℃	/ 体温 ℃	/ 体温 ℃	最終排便 月 日
<input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 咳・喉の痛みあり <input type="checkbox"/> 鼻水あり <input type="checkbox"/> 食欲低下あり	<input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 咳・喉の痛みあり <input type="checkbox"/> 鼻水あり <input type="checkbox"/> 食欲低下あり	<input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 咳・喉の痛みあり <input type="checkbox"/> 鼻水あり <input type="checkbox"/> 食欲低下あり	*体調で気になる事あればご記入ください
要望・指示等			

利用中のご様子	記入者介護課	看護課
生活面：		
医療面：		

日付	食事・服薬						水分	排便	入浴
	朝		昼		夕				
	食事量	服薬確認	食事量	服薬確認	食事量	服薬確認			
/									
/									
/									
/									
/									
/									
/									
/									
/									
/									
/									
/									

*お薬手帳またはお薬の説明書は毎回ご利用時にご持参ください。
 *下剤や発熱時の頓服などございましたら、一緒にご持参ください。

持ち物チェックリスト(枚数・個数をご記入下さい)

*ご家族様へ 下記太枠内に持参数をご記入下さい

品名	家族	入所	退所	品名	家族	入所	退所
*お薬手帳(説明書)				歯ブラシ			
ジャンパー				歯磨き粉			
コート				コップ			
カーディガン				入れ歯洗浄剤			
セーター				義歯(上)			
ポロシャツ				義歯(下)			
トレーナー				義歯ケース			
ベスト				補聴器			
ブラウス				補聴器ケース			
シャツ				メガネ			
				メガネケース			
ズボン				腕時計			
				置時計			
パジャマ(上)							
パジャマ(下)							
				座布団・クッション			
肌着(半袖)				ひざ掛け			
肌着(長袖)				枕			
ランニング							
パンツ(オムツ)				本・雑誌			
ズボン下				バック			
靴下				ポーチ・巾着			
				ハンカチ			
靴(外履き)							
靴(内履き)				バスタオル			
帽子				フェイスタオル			
マフラー							
スカーフ				PEG一式			

持参薬

*ご家族様へ お薬は朝・昼・夕・寝る前と分け、ご利用日数分+予備分をご持参ください

持参薬	家族	入所	退所	その他	家族	入所	退所
内服(朝)				点眼薬			
内服(昼)				経管栄養数			
内服(夕)				軟膏			
内服(寝る前)							
内服(その他)							

入所担当者:介護士

看護師

退所担当者:介護士

看護師