

利用期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日	()日間
------	-------------------	-------

ご家庭での様子(特別なこと、連絡したいことがありましたら、ご記入ください。(食事、排泄など))

最終入浴日	月 日	最終排便日	月 日
-------	-----	-------	-----

※衣類は、枚数のみご記入ください。

ご準備頂くもの		着ているもの	持参したもの	合計	入園	退園	特記事項
上衣	羽織もの(カーデガン、ジャンパー類)	枚	枚				
	Tシャツ、セーター類	枚	枚				
	その他()	枚	枚				
下衣	ズボン類	枚	枚				
	その他()	枚	枚				
下着	肌着	枚	枚				
	パンツ	枚	枚				
	ズボン下	枚	枚				
	その他()	枚	枚				
靴下、レグウォーマー類		足	足				
パジャマ(ねまき)		枚	枚				
靴(履物)		足	足				
帽子類							
眼鏡							
日用品	歯ブラシ・ケース(有・無)						
	歯磨き粉						
	入れ歯(上下・上・下・部分)						
	入れ歯ケース(有・無)						
	タオル(手ぬぐい)						
	ハンカチ						
	ティッシュペーパー						
	杖・手押し車・車いす						
その他	マスク(利用日数分)						
入園時確認職員名				退園時確認職員名			

※保険証類、薬、金銭は職員に手渡してください。

お手数をおかけしますが、2重線枠を除く枠内に必ずご記入下さい。

ご準備頂くもの		入園	退園
介護保険被保険者証	有・無		
介護保険負担割合証	有・無		
介護保険負担限度額認定証	有・無		
社会福祉法人減免確認証	有・無		
被爆者健康手帳	有・無		
後期高齢者医療受給者証(健康保険証)	有・無		
後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	有・無		
身体障害者手帳	有・無		
重度障害者医療費受給者証	有・無		
お薬手帳	有・無		
※上記、証書類()通、事務所へ預けました。		確認職員名	
金 銭	円(本人管理・事務所預かり)		
事務所預け物			

お薬について				
薬情報	有・無			
薬を飲む種類と飲む時間				
起床時	朝(食前・食後)	昼(食前・食後)	夕(食前・食後)	眠前
塗り薬	薬品名		塗る部位	
張り薬	薬品名		貼る部位	
目薬	薬品名		点眼時間	

※薬や処置、上記に記載しきれない場合は裏面に記入してください※