

ショートステイご利用の皆様へ

ショートステイ利用の際に必要な持ち物については下記の通りです。

①着替え、ご利用日数分

※衣類はショートステイ開始日に感染予防のため乾燥機にかけてさせていただきますので乾燥機に対応できる素材のもので準備をお願いします。

②運動靴(普段お使いの物)

※サンダルやスリッパなどは転倒等の事故につながる可能性がありますのでお控えください。

③洗面用具

(歯ブラシ・歯磨き粉・コップ・入れ歯入れ・入れ歯洗浄剤・電気カミソリ 等)

④タオル

※入浴用のタオル・バスタオルは貸し出しとなります。それ以外の用途で使うフェイスタオルなどのご準備をお願いします。

⑤普段使用している介護用品(杖・歩行器・車いす等)

⑥洗濯物を入れる袋

⑦Boxティッシュ1箱

⑧普段飲んでいるお薬

※何らかの事情によりショートステイ延長になる可能性もありますので、日数より多めに持参をお願いします。

⑨現在飲んでいるお薬の内容が分かるような、お薬手帳またはお薬の説明書 など。

※内容に変わりなくとも毎回持参をお願いします。

持ち物には必ず記名をお願いします。




ご不明な点は、お気軽にお尋ねください。

介護医療院 ケア大宮花の丘


TEL:048-620-2400

FAX:048-620-2400

持ち物	品名	有無	備考	入所時確認	退所時確認
	内服薬	有・無			
	外用薬	有・無			
	軟膏	有・無			
	目薬	有・無			
		有・無			
		有・無			
		有・無			
		有・無			
入所時確認 看護師名()			退所時確認 看護師名()		

1. ご家族から施設へ 

(1) 夜間はよく眠られていますか？	ご利用の前日・当日の検温をお願いします。
(2) 食欲はありますか？	ショートステイ利用前日 (°C)
	ショートステイ当日 (°C)
(3) 全身状態について	
傷 (ある・なし)	場所: _____
痛み (ある・なし)	場所: _____
湿疹 (ある・なし)	場所: _____
かゆみ (ある・なし)	場所: _____
(4) お通じはいつありましたか？	_____ 月 _____ 日
(5) その他気になる点などありましたらご記入ください。	

2. ショートステイご利用中の様子 

(1) 日中の様子	
(2) 夜間の様子	
(3) 食事状況	
(4) 最終排便	_____ 月 _____ 日
(5) 最終入浴日	_____ 月 _____ 日
退所時確認者氏名()	