

# ショートステイ持ち物及び連絡表

様 利用期間 月 日 ~ 月 日

**持ち物・衣類には必ず名前をご記入下さい。名前が見えないものはご遠慮下さい。**

施設での洗濯を依頼  する  しない

入所時確認者氏名( )

		色・柄等特徴	枚数	入所時確認	退所時確認
衣類	上衣				
	下衣				
下着	シャツ				
	ズボン下				
	パンツ				
	パジャマ				
	靴下				
タオル類	ハンカチ				
	ハンドタオル				
	フェイスタオル				
	バスタオル				

当日着てきた衣類	品名	色・柄等特徴	枚数	入所時確認	退所時確認	

※下着や靴下なども全てご記入下さい。

持ち物	品名	有無	色・柄等特徴	入所時確認	退所時確認
	室内用靴	有・無			
	歯ブラシセット	有・無			
	入れ歯ケース	有・無			
	杖	有・無			
	眼鏡	有・無			
	眼鏡ケース	有・無			
	補聴器	有・無			
	箱ティッシュ	有・無			
	置時計	有・無			
腕時計	有・無				
電気カミソリ	有・無				

その他	品名	色・柄等特徴	枚数	入所時確認	退所時確認	

持 参 薬	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			
		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？

(2) 食欲はありますか？

(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( )