

ショートステイ利用者 物品確認表

名前 _____ 利用期間 月 日 () ~ 月 日 ()

薬	<input type="checkbox"/> 夜(食後・食前) 回分(錠 包) 予備薬 回分(錠 包)
	<input type="checkbox"/> 就寝前 回分(錠 包) 予備薬 回分(錠 包)
	<input type="checkbox"/> 朝(食後・食前) 回分(錠 包) 予備薬 回分(錠 包)
	<input type="checkbox"/> 昼(食後・食前) 回分(錠 包) 予備薬 回分(錠 包)
	<input type="checkbox"/> 頓服 (<input type="checkbox"/> 不穏時 <input type="checkbox"/> 不眠時 <input type="checkbox"/> 発作時)
	塗布薬 ()
	その他 ()
* 服薬に変更がある場合は下記に理由等詳細を必ず記入下さい。	
()	
貴重品	<input type="checkbox"/> 愛の手帳 (必要時) <input type="checkbox"/> お小遣い 円(必要時) (用途)
	<input type="checkbox"/> ICカード 枚(必要時)
その他健康面等	<input type="checkbox"/> 提出物【 】

* 下記については、事業所での対応等が必要な方のみ記入下さい。

〈衣類・日用品など〉
〈学校・作業所等物品〉

《入所日》 月 日	《退所日》 月 日
物品確認者：	物品確認者：

次回の物品確認表を連絡ファイルに入れました。