

ご利用者名 _____

利用期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日



持ち物チェックリスト

| 項目 | 品名 | 個数 | 補足（持ち物の特徴等） | 入所時 | 退所時 | 備考 |
|-------|--------------|----|-------------|-----|-----|----|
| 食事関係 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 整容 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 入浴 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| タオル類 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 衣類 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| おむつ関係 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| その他 | 受給者証 | | | | | |
| | 保険証 | | | | | |
| | ぶるーむの風診療所診察券 | | | | | |

ご利用者名 _____

利用期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

| 項目 | 品名 | 個数 | 補足（持ち物の特徴等） | 入所時 | 退所時 | 備考 |
|-------------------------------|--------|----|-------------|-----|-----|-------------------------|
| その他 | 受給券 | | | | | |
| | お小遣い | | | | | |
| | 連絡ノート | | | | | *皮膚状態の☑の記入を忘れずにお願いたします。 |
| | 持ち物リスト | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| お薬関係 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 医療ケア用品 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| * ピンク個所はご家族と職員でチェックさせていただきます。 | | | | | | |