

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☑の記入を忘れずにご利用いたします。
	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。						