ショートステイご利用時　連絡表

医療的ケアがない方用

氏名：　　様　　利用日時…　入所：令和　　年　　月　　日　　時　　分

退所：令和　　年　　月　　日　　時　　分

送り迎えに来られる方（　　）

○ 緊急連絡先（TEL）変更の有無…　あり　・　なし

⇒ “あり”の場合はご記入下さい（　　）

○ ショートステイ後に他事業所の利用の有無…　あり　・　なし

⇒ “あり”の場合は事業所名をご記入下さい（　　）

○ 本日（または最近）の健康状態をご記入願います。

体温…　（　　℃）

睡眠状態…　良　・　不良　（備考：　　）

排便…　最終排便（　　/　　）　便の性状（　　）

（備考：　　）← 例：次回浣腸日など

最近の体重…（　　）kg　測定時期（　　年　　月 ごろ）

○その他特記事項

※　衣類やオムツを使用されている方は多めに準備をお願いします。
※　持ち物には必ず氏名の記入をお願いします。
※　衣類などの生活必要品の数の確認は省略させていただきます。

ショートステイご利用時　荷物チェック表

医療的ケアがない方用

保護者記入欄				センター記入欄	
物品		入所前	退所時	入	退
内服薬・その他	定期内服薬 （　　／　　時～ ／　　時）				
	予備薬				
	座薬				
	水薬				
	吸入薬				
	軟膏類				
	浣腸液				
食事関連	はし／スプーン／フォーク				
	皿				
	エプロン／口拭きタオル				
	増粘剤				
	補食				
排泄関連	オムツ／パッド				
	ティッシュ／おしり拭き				

保護者記入欄				センター記入欄	
物品		入所前	退所時	入	退
その他	衣類				
	洗濯物入れ				
	ボディソープ／シャンプー				
	洗体用タオル				
	口腔ケアセット				
	装具類				
	体交用セット				
	連絡ノート				
	受給者証				
	サイン				

※該当する項目のみチェックをお願いします。薬関連は何種類かご記入下さい。