

ショートステイご利用時確認表

様 今回ご利用の期間 月 日～ 月 日

ご来園当日朝の体温	度 分	健康状態	普通 ・ 不良												
移動のご様子	独歩 車椅子 杖														
お食事内容	【主食】 ご飯 粥 【副食】 普通 きざみ ミキサー その他()														
お食事摂取の状況	自立 一部介助 全介助														
お食事での注意点	ご本人の好みや、気をつけている点など														
飲み込みの状況	普通 ゆっくり飲み込む 汁物はむせる トロミをつけている その他														
排泄	トイレ おむつ 紙パンツ その他() 最終排便 月 日 夜間のご様子や、坐薬使用の有無など														
入浴	最終入浴日 月 日 気をつけている点など														
夜間のご様子	睡眠時間 (: ~ :) 注意点(いびき、歯ぎしり、トイレに頻回に行く等のご様子)														
日中のご様子	日中の過ごし方など														
ご持参のお薬	<table border="0"> <tr> <td>内服薬</td> <td>有 (朝・昼・夕・寝る前)</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>軟膏</td> <td>有 ()</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>点眼薬</td> <td>有 ()</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>浣腸</td> <td>有 ()</td> <td>無</td> </tr> </table>			内服薬	有 (朝・昼・夕・寝る前)	無	軟膏	有 ()	無	点眼薬	有 ()	無	浣腸	有 ()	無
内服薬	有 (朝・昼・夕・寝る前)	無													
軟膏	有 ()	無													
点眼薬	有 ()	無													
浣腸	有 ()	無													
かかりつけ医	病院名 医師名														
緊急連絡先															
その他 (ご希望など)															