

# ご家族連絡票

※できるだけご記入をお願いします

様

《ご家族の方から》

平成 年 月 日

※ご利用期間中の緊急時の連絡先を必ずご記入ください。

※ご利用者やご家族の希望を尊重し、利用中も家庭での生活及び介護を継続できるよう努力しています。その為、身体・生活状況について詳しくご記入お願い致します。

①体調はいかがですか。

(例：熱がでた。咳がでる。痰がからむ。食事がすすまない等)

②傷・褥瘡(床ずれ)は?・・・くありません・あります

(例：転倒した。かき傷がある。かゆみ・痛み等)

③治療(通院)・薬の変更は?・・・くありません・あります

(例：薬が増えた・減った。かかりつけ医が変更となった等)

④最終排便は?・・・ 月 日 ( ) 時頃

※利用期間中の便秘時の対応(希望)がありましたらご記入ください。

⑤その他、希望がありましたらご記入下さい。

(施設職員記入)

※「花の家」での生活状況について

担当介護士

印

※最終排便は 月 日でした。

※最終入浴は「特別浴・普通浴」で 月 日でした。

ご不明な点がございましたらご遠慮なくお申し出ください。「花の家」 886-2626

# 短期入所持参品一覧表

様

※ご持参品には必ず氏名をご記入ください。また、太ワク部分のご記入をお願い致します。

※内服薬は病院から処方された袋に入れ持たせて下さい。

現金		円	書類	お薬手帳 (※必須)		開始時	終了時			
床屋希望		する ・ しない								
当日着用の衣類等				※服薬あるものに○をつけて下さい。						
品名	特徴(色・柄等)	数	開始時	終了時	薬は	日分持参	自己管理・施設管理	開始時	終了時	
上着					(朝)	食前薬	・ 食後薬			
					(昼)	食前薬	・ 食後薬			
ズボン					(夕)	食前薬	・ 食後薬			
						就寝薬	・ 貼布薬			
下シャツ					下剤(あり・なし)		便秘( )	日目服用希望		
						品名/疾患部	数	開始時	終了時	
下ズボン					目薬(あり・なし)					
					湿布(あり・なし)					
パンツ					軟膏(あり・なし)					
靴下					軟膏(あり・なし)					
※持参品に○をし数を記入して下さい。										
品名		数	開始時	終了時	衣類等(着替え)					
義歯	上・下・部分				品名	特徴(色・柄等)	数	開始時	終了時	
	口腔ケア用品	歯ブラシ・コップ・ネリ粉			上着					
		義歯洗浄剤				(計 枚)				
入れ歯ケース										
日常生活用品	腕時計・置き時計				ズボン					
	くし・ブラシ					(計 枚)				
	ハンカチ									
	電気カミソリ(ケース)									
	箱ティッシュ				下着(シャツ)					
	眼鏡・眼鏡ケース					(計 枚)				
	杖									
	履き物(内)									
その他	履き物(外)				下ズボン(パンツ)					
					(計 枚)					
					パジャマ等					
					(計 組)					
					靴下					
				(計 足)						

※施設職員記入欄		開始	終了			開始	終了
金庫保管(あり・なし)				棚預かり物(あり・なし)			
				食器棚			
				保管庫			
シルバーカー・歩行器・車椅子等		短期入所開始日	年 月 日	対応職員			
(自宅・施設貸出)		短期入所終了日	年 月 日	対応職員			