短期入所サービス利用時 連絡表

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様　　利用日時　入所：　平成　　年　　月　　日　　時　　分

退所：　平成　　年　　月　　日　　時　　分

★緊急連絡先（電話）　　退所のお迎えに来られる方（　　）

昼間：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　夜間：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　荷物の持ち帰り先（　家人　　他事業者へ　）

◎お子様の今日（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　：　最終排便日（　　／　　）　便秘の有無　　有　・　無　　便の性状（　　）

＊ その他特記事項（　　）

◎お薬の有無　　有　・　無　（　　／　　分～　　／　　分）

◎最近の体重（　　）kg　測定時期（　　年　　月ごろ）

＊お薬内容

			入所時	退所時				入所日	退所日
内服薬					外用薬				
		日分				軟膏			
		日分				軟膏			
		日分				吸入薬			
予備薬		日分				点眼薬			
		回分							

◎お預かりもの　＊ 衣類や、おむつ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いたします。

＊ 物品チェックは家族と一緒に確認させてください。

＊ 基本的には内服薬、吸入薬、呼吸器などの個人の医療機材のみご家族と看護師で数を確認させていただきたいと思います。衣類など生活必要品の数は省略させて頂きます。ご希望があればこの限りではありませんのでご気軽にスタッフにご相談ください。

保護者記入欄		病院記入欄		保護者記入欄		病院記入欄	
物品	数	入所時	退所時	物品	数	入所日	退所日
	サイン				サイン		

医療法人同愛会
博愛病院
Hakuai Hospital

短期入所サービス利用時 連絡表

病院での様子

最終排便:　　月　　日(　　)

最終排尿:　　月　　日(　　)

特記事項

月　　日	様子

月　　日	様子

医療法人同愛会
博愛病院
Hakuai Hospital