

ショートステイ荷物確認票

氏名： _____ 様

※お手数ですがお荷物の紛失予防の為、2重線枠内のご記入をお願いいたします。

	品物	数	施設チェック欄		品物	数	施設チェック欄	
			入所時	退所時			入所時	退所時
衣類 (着ている物も含む)	上着		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	連絡ノート		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ズボン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	かばん		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	シャツ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ズック (屋内用)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	パンツ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ももひき		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	靴下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上着 (羽織)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	帽子		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内服	日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入浴セット	組	<input type="checkbox"/> 洋服上 <input type="checkbox"/> 洋服下 <input type="checkbox"/> シャツ <input type="checkbox"/> ズボン下 <input type="checkbox"/> 靴下 <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> バスタオル	<input type="checkbox"/> 洋服上 <input type="checkbox"/> 洋服下 <input type="checkbox"/> シャツ <input type="checkbox"/> ズボン下 <input type="checkbox"/> 靴下 <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> バスタオル	目薬	種類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	軟膏	種類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貼り薬	種類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	お薬手帳 お薬情報		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗面用具	パジャマ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	タオル		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	コップ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	歯ブラシ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	歯磨き粉		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	義歯 義歯ケース		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貴重品			

H 年 月 日、入所時のお荷物として確認致しました。 家族 _____ 担当者 _____

H 年 月 日、退所時のお荷物として確認致しました。 家族 _____ 担当者 _____