

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"/>	その他持ち物	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"/>		※シャンプー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ももひき		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		※ボディソープ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	靴下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		※ティッシュ		<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"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入浴セット		<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		お薬関係	内服		<input type="checkbox"/>
				目薬			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				軟膏			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				貼り薬			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				お薬手帳 お薬情報			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗面用具	※タオル		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貴重品				
	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"/>					

※の品目について費用をご負担して頂いている方はご用意頂かなくても結構です。

R 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 _____

R 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 _____