



医療型短期入所持ち物チェックリスト①



※ 持参が必要な品目ごとに持参数量等（白抜き箇所）を記入し、来所前に“利用者チェック”欄を用いて持参品の確認をお願いします。（不要なものは空欄としてください。）

1 内服薬

※1回分をセットにし、名前、日付、服用方法（朝・昼・夕・注入など）を記載

	持参数	単位	利用者 チェック	看護師チェック	
				入所時	退所時
食事の時等に服用するお薬 ※利用期間分+予備1日分	① 朝・昼・夜・睡前 / 食前・食後 / 包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 朝・昼・夜・睡前 / 食前・食後 / 包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 朝・昼・夜・睡前 / 食前・食後 / 包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 朝・昼・夜・睡前 / 食前・食後 / 包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 朝・昼・夜・睡前 / 食前・食後 / 包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 朝・昼・夜・睡前 / 食前・食後 / 包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
時間薬 ※利用期間分+予備1日分	① 午前・午後 / 時 / 包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 午前・午後 / 時 / 包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 午前・午後 / 時 / 包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 午前・午後 / 時 / 包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頓服薬 	内 ① 服 ② 条 件 ③	な場合	回分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		な場合	回分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		な場合	回分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 外用薬

※薬剤ごとに、名前、日付、服用方法（朝・夕・入浴後など）を記載

	持参数	単位	利用者 チェック	看護師チェック	
				入所時	退所時
浣腸液		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
軟膏/貼布剤 	剤数: 種類	回数: 回/日	本・枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	朝・昼・夕	※実施しているところに○			
点眼/点耳 	剤数: 種類	回数: 回/日	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	朝・昼・夕	※実施しているところに○			
座薬 	薬剤名:		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	薬剤名:		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




医療型短期入所持ち物チェックリスト②

3 呼吸ケア用品

	装着中 数	持参数	単位	利用者 チェック	看護師チェック	
					入所時	退所時

 人工呼吸器 ・酸素	人工呼吸器本体				台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	spo2 モニター本体+プローブ				台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸器加温加湿器				台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸器酸素チューブ				本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 呼吸器マスク・ベルト		<input type="checkbox"/> 呼吸器ナーザル		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 酸素マスク		<input type="checkbox"/> 酸素ナーザル		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	テスト肺				個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸器予備回路 ※予備必ず1個				個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	予備モニタープローブ ※予備必ず1本				本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 呼吸関係	テープ	大			巻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		中			巻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		小			巻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	カフアシスト	<input type="checkbox"/> コンフォート	<input type="checkbox"/> E 7 0		台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排痰装置回路／マスク				セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 呼吸ケア物品	気管吸引チューブ ※利用日数×1本+予備		サイズ：	Fr	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	口鼻吸引チューブ ※利用日数×1個+予備		サイズ：	Fr	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	人工鼻	紙フィルター ※利用日数×1個+予備				個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		スポンジフィルター ※入浴時使用				個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	カニューレ (予備)	メーカー：				個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サイズ：				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Yガーゼ ※(利用日数-2) 日分+予備		利用枚数：	/回		回分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	カニューレホルダー ※(利用日数-2) ×1本+予備					本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	カニューレひも ※(利用日数-2) ×1本+予備					巻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	バックバルブマスク					個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	カテーテルマウント					本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



 医療型短期入所持ち物チェックリスト③ 

4 栄養・輸液

持参数	単位	利用者 チェック	看護師チェック	
			入所時	退所時
栄養 ※経管栄養ポンプは当院の機器を使用します 	胃ろう等接続チューブ・脱気用チューブ ※利用日数×各1本+予備	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	注入用シリソジ ※必要数+予備	容量: ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		容量: ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		容量: ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養剤	名称:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		名称:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		名称:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	注入用イリゲータ	個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	注入の接続用滴下チューブ	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胃ろうのガーゼ／こより 等	枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CV 	輸液ポンプ	台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	刺入部保護フィルム	枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ポート針 ※必要数+予備針1本	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	固定テープ	巻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ボトル 製剤	名称:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		名称:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	投与 薬剤	名称:	セット	<input type="checkbox"/>
		名称:	セット	<input type="checkbox"/>
		名称:	セット	<input type="checkbox"/>
	側管ルート・シリソジ	セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロック ヘパリンシリソジ	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水分・ 食事用具 	とろみ剤	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自助具	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	スプーンフォーク等	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	水分補給ボトル等	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エプロン	枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



 医療型短期入所持ち物チェックリスト④ 

5 清潔・皮膚・排泄ケア

持参数	単位	利用者 チェック	看護師チェック	
			入所時	退所時

	ボディソープ	※名前を記載		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	シャンプー	※名前を記載		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	リンス	※名前を記載		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	洗顔料	※名前を記載		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	洗体用タオル	※名前を記載		枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	歯ブラシ	※名前を記載		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	歯磨き粉	※名前を記載		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	コップ	※名前を記載		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔スポンジ	※名前を記載		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔用保湿ジェル	※名前を記載		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 	おむつ	サイズ:		枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	尿取りパッド	日中用		枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夜用		枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	おしり拭き	※未使用のもの2袋以上		袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	膀胱洗浄	品名:		セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		品名:		セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		品名:		セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	導尿カテーテル	サイズ:	Fr	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ゼリー			本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	フラットシーツ			枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ストマ装具	ツーピース(画版・パウチ)		セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ワンピース		セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ストマ皮膚保護剤	品名:		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ストマ補助用品	品名:		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		品名:		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
品名:			個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
褥瘡保護フィルム			枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
保護剤			個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
テープ			巻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





医療型短期入所持ち物チェックリスト⑤



6 衣類・寝具類

※すべて、名前を記載

衣類	衣類 1日分セット（入所時着用分を除く） ※（利用日数-2）セット+予備		持参数	単位	利用者 チェック	看護師チェック		
	タオル	セット				□	□	
汚れ物入れ		バスタオル	枚	枚	□	□	□	
		フェイスタオル				□	□	
装具 ・クッション	汚れ物入れ	ハンドタオル	枚	枚	□	□	□	
		ビニール小袋 ※10枚程度				□	□	
		洗濯物袋（大）※1袋以上	袋	袋	□	□	□	
		種類：				□	□	
装具 ・クッション	装具	種類：	個	個	□	□	□	
		種類：				□	□	
		種類：	個	個	□	□	□	
	クッション	種類：				□	□	

7 その他のもち物

※すべて、名前を記載

利用者 チェック	看護師チェック	
	入所時	退所時
	□	□

8 受給者証・提出書類等

持参数	単位	利用者 チェック	看護師チェック	
			入所時	退所時
保険証等	障害福祉サービス者受給証	※必ず持参	1	冊
	保険証	※必ず持参	1	枚
	各種医療費助成受給者証		枚	□
	お薬手帳（必須）	※必ず持参	1	冊
	母子手帳		冊	□
提出書類	入院時感染チェック表	※必ず持参	1	枚
	全身・歯チェックリスト	※必ず持参	1	枚
	行動制限に関する説明書・同意書	※必ず持参	1	枚

