



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	①	朝・昼・夜・眠前	/	食前・食後	/	包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②	朝・昼・夜・眠前	/	食前・食後	/	包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③	朝・昼・夜・眠前	/	食前・食後	/	包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④	朝・昼・夜・眠前	/	食前・食後	/	包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤	朝・昼・夜・眠前	/	食前・食後	/	包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥	朝・昼・夜・眠前	/	食前・食後	/	包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
時間薬	①	午前・午後	/	時	/	包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②	午前・午後	/	時	/	包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③	午前・午後	/	時	/	包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④	午前・午後	/	時	/	包		日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頓服薬 	内 ①					な場合		回分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	服 ②					な場合		回分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	条 ③					な場合		回分	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	薬剤名:					個	<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②



3 呼吸ケア用品

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
<div>人工呼吸器 ・酸素</div> <div></div>	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"/>
<div>呼吸関係</div> <div></div>	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"/>
<div>呼吸ケア物品</div> <div></div>	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：								
	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
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"/>	<input type="checkbox"/>
	注入用シリンジ ※必要数+予備	容量:	ml		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		容量:	ml		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		容量:	ml		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養剤 	名称:			本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		名称:			本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		名称:			本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	注入用イリゲータ				個	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	胃ろうのガーゼ/こより 等				枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CV 	輸液ポンプ				台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	刺入部保護フィルム				枚	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	固定テープ				巻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ボトル 製剤 	名称:			本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		名称:			本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	投与 薬剤	名称:			セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		名称:			セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		名称:			セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	側管ルート・シリンジ				セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロック ヘパリンシリンジ				本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水分・ 食事用具 	とろみ剤				本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自助具				本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	スプーンフォーク等				本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	水分補給ボトル等				本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	エプロン				枚	<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
清潔 	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"/>
	口腔用保湿度ゲル	※名前を記載		本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚・排泄  	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"/>
	フラットシート			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

			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
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			セット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	タオル	バスタオル		枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		フェイスタオル		枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ハンドタオル		枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	汚れ物入れ	ビニール小袋 ※10 枚程度		枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		洗濯物袋（大） ※1 袋以上		袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
装具 ・クッション 	装具	種類:		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		種類:		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		種類:		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	クッション	種類:		個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 その他の持ち物

※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
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	保険証 ※必ず持参		1	枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	各種医療費助成受給者証			枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	お薬手帳（必須） ※必ず持参		1	冊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	母子手帳			冊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
提出書類	入院時感染チェック表 ※必ず持参		1	枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全身・歯チェックリスト ※必ず持参		1	枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	行動制限に関する説明書・同意書 ※必ず持参		1	枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

