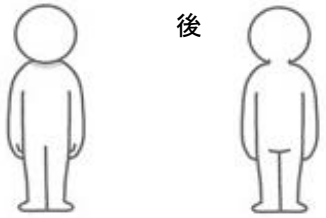
ショートステイ第Ⅱあま恵寿荘　連　絡　帳　氏名　　様

利用期間	令和　年　月　日(　) ～ 令和　年　月　日(　)		
お迎え	□ 施設　8時40分発	□ 家族	時　分頃
お送り	□ 施設　15時30分発	□ 家族	時　分頃

質　問　事　項	回答欄	
本日の体温　℃		
前回ご利用からの間に体調の変化はありましたか？ **（入院・発熱・転倒等）**		
はい と回答した方・・ どのような症状ですか? 具体的な症状:	□ はい	□ いいえ
上記の症状で病院に受診しましたか? 病　院　名:		
前回の利用からお薬の変更はありませんか?	□ ある	□ ない
1） 利用期間中に必要なお薬とお薬手帳を持参されましたか? （点眼・点鼻・吸引・インスリン注射などを含む）	□ はい	□ いいえ
2） 本日、朝のお薬は服用されましたか?	□ はい	□ いいえ
3） 毎日の貼り薬はありますか? ※毎日何時に交換していますか?　(　　時頃)	□ ある	□ ない
4） お身体に打撲や傷、乾燥などの皮膚トラブルはありませんか？	□ ある	□ ない

前　後



処置の必要なところに〇をつけて下さい

※処置内容(塗り薬等)

※医療処置ではない時は介護士にて対応させていただきます
例)保湿剤の塗布、シップ交換等

5） 下剤を頓用として服用していますか?	□ はい	□ いいえ
最終排便はいつですか？　月　日（　）		

★電化製品や売店等を利用されますか？	□ 利用なし
利用あり	□ TV (ﾚﾝﾀﾙ)100円/1日　□ 加湿器(持ち込み)80円/1日　□ 電気毛布(持ち込み)60円/1日
	□ 売店　□移動スーパー(火曜日)　□ 上限金額なし　□ 上限金額あり _____円まで
	※移動スーパーは来荘曜日が変更になる場合があります　□ その他 (　)

★理美容を利用希望されますか？(予約は施術日の10日前までの受付です)	□ ある	□ ない
※ 基本施術日:**第2水曜日** (日程が変更になる可能性がありますのでご相談ください)		

【ご家族様からの連絡】　※スタッフに伝えることはありますか？

★ 上記の内容で体調等を確認をしました。

ご家族様サイン

施設職員サイン

利用中の緊急連絡先

氏名

連絡先