

🌸 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・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 ※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"/>	<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"/>
注射薬 *針・消毒 回数分+予備	薬剤名 _____ 実施時間 _____ 1回量 _____	本			



🌸 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 モニタープローブ1本+予備1本		本	<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"/>		
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"/> E70	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:						
	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 注入ポンプを ご使用の方は 持参ください (コードが必 要です) 	胃ろう等 接続チューブ 1本+予備 /脱気用チューブ 1本	本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	注入用シリンジ ※利用日数+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"/>
	注入用ノズル 1本+予備あれば持参 / 注入用イリゲータ 1個	/	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・ 食器用具 	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"/>	
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－入所日）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"/>	
	装具	種類:	個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	装具	種類:	個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	クッション	種類:	個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7 その他のもち物

※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
			<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"/>
	保険証 ※必ず持参	1	枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	各種医療費助成受給者証		枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	お薬手帳（必須） ※必ず持参	1	冊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	母子手帳		冊	<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"/>
	全身・歯チェックリスト ※必ず持参	1	枚	<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"/>

