



医療型短期入所持ち物チェックリスト①



1 内服薬：利用期間中のお薬はすべて持参ください。



1回分をセットにし、名前、日付、服用方法（朝・昼・夕・注入など）

	朝 昼 夕 眠前 該当に○ 食前 食後 該当に○				1回分が何包あるかを記載 (例：3錠を1包装の場合は1包で記載)		持参数 1回分=1セ ット	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 ※利用日数分+予備1日分	①	朝	食前	食後		包	錠	() 日分 +1回分 ずつ予備	☐	☐
	②	昼	食前	食後		包	錠		☐	☐
	③	夜	食前	食後		包	錠		☐	☐
	④	眠前	食前	食後		包	錠		☐	☐
	⑤		食前	食後		包	錠		☐	☐
	⑥		食前	食後		包	錠		☐	☐
時間薬 ※利用日数分+予備1日分	①	午前 午後		時		包	錠	☐	☐	
	②	午前 午後		時		包	錠	☐	☐	
頓服薬 	薬 ①						回分	☐	☐	
	剤 ②						回分	☐	☐	
	名 ③						回分	☐	☐	

※ 不要なものは空欄としてください。



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	看護師チェック			
			入所時	退所時		
浣腸液		本	☐	☐		
軟膏/貼布剤 全身チェックリストに部位を記載 	朝・昼・夕	本・枚	☐	☐		
	朝・昼・夕					
点眼/点耳 	眼 ・ 耳	回数	回/日	本	☐	☐
	朝・昼・夕	※実施しているところに○				
座薬 	薬剤名	個	☐	☐		
	薬剤名	個	☐	☐		
注射薬 * 針・消毒 回数分+予備	薬剤名	本				
	実施時間	1回量				



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

ケアに応じた物品をください。

		持参物に レ点	看護師チェック		
			入所時	退所時	備考欄
人工呼吸器・酸素 	人工呼吸器本体 1 台		☐	☐	
	spo2 モニタープローブ 1 本 + 予備 1 本		☐	☐	
	呼吸器加温加湿器 1 台		☐	☐	
	呼吸器の酸素チューブ 1 本		☐	☐	
	☐ 呼吸器マスク・ベ ルト 1 セット ☐ 呼吸器 NHF ナーザ ル 1 セット		☐	☐	
	☐ 酸素マスク 1 個 ☐ 酸素ナーザル 1 本		☐	☐	
	テスト肺 1 台		☐	☐	
	呼吸器予備回路の予備 必ず 1 セット		☐	☐	
呼吸関係 	テープ 1 巻 (モニター装着等に使用)		☐	☐	
	カフアシスト と回路 (マスク) ☐ コンフォート ☐ E 7 0		☐	☐	
呼吸ケア 物品 	気管吸引チューブ 利用日数 × 1 本		☐	☐	サイズ ()
	口鼻吸引チューブ 利用日数 × 1 個		☐	☐	サイズ ()
	人工鼻 紙フィルター 利用日数 × 1 個		☐	☐	
	スポンジフィルター (入浴時使用分など必要個数)		☐	☐	
	予備 カニューレ 1 個 必ず持参		☐	☐	メーカー・サイズ
	Y ガーゼ (利用日数 - 2) 日分 + 汚染時交換の予備 1 回 枚 使用	合計 枚	☐	☐	入退所日は 原則、交換は 行ないません
	カニューレホルダー もしくは カニューレひも (カットして持参) 利用日数 - 2 本 + 汚染時交換の予備	合計 本	☐	☐	
	バックバルブマスク/カテーテルマウント		☐	☐	



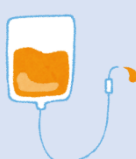


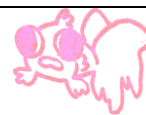
医療型短期入所持ち物チェックリスト③



4 栄養・輸液

ケアに応じた物品を準備ください。

				持参物 にレ点	看護師チェック		備考	
					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 1本 脱気用チューブ 1本 (使用する場合)				☐	☐		
	注入用シリンジ 利用日数使用分 * 払い出し内の可能な 範囲で準備ください。	容量:	50ml	本		☐	☐	
		容量:	20ml	本		☐	☐	
		容量:	10ml	本		☐	☐	
	栄 養 剤	名称:		個		☐	☐	
		名称:		個		☐	☐	
		名称:		個		☐	☐	
	注入用ノズル 1本 注入用イリゲータ 1個					☐	☐	
	注入の接続用滴下チューブ 1本					☐	☐	
	胃ろうのガーゼ/こより等 利用日数分+汚染交換分					☐	☐	合計 枚
CV 	輸液ポンプ 1台					☐	☐	
	刺入部保護フィルム 利用日数分+交換予備					☐	☐	合計 枚
	ポート針 必要数+予備針 1本					☐	☐	合計 本
	固定テープ 1巻					☐	☐	
	ボ ト ル 製 剤	名称:				☐	☐	
		名称:				☐	☐	
	投 与 薬 剤	名称:				☐	☐	
		名称:				☐	☐	
		名称:				☐	☐	
	側管ルート・シリンジ 必要数+予備					☐	☐	合計 本
	ロック ヘパリンシリンジ 必要数+予備					☐	☐	合計 本
水分・ 食事用具 	トロミ剤 持参数 ()					☐	☐	
	自助具 スプーンフォーク等					☐	☐	
	水分補給ボトル等					☐	☐	
	エプロン					☐	☐	





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

5 清潔・皮膚・排泄ケア			持参物に 点	看護師チェック		備考
				入所 時	退所時	
清潔 名前を 記載く ださい 	ボディソープ			☐	☐	
	シャンプー リンス			☐	☐	
	洗体用タオル			☐	☐	
	洗顔料			☐	☐	
	歯ブラシ			☐	☐	
	歯磨き粉			☐	☐	
	口腔スポンジ（使い捨てで使用）			☐	☐	
	口腔用保湿ジェル			☐	☐	
	コップ			☐	☐	
オムツ 等 表袋に 名前を 記入く ださい  皮膚・ 排泄 	オムツ（1～2 袋程度）	不足確認等の電話での対応は行な っておりません。 余裕を持ってご準備ください。		☐	☐	
パット（1～2 袋程度）			☐	☐		
お尻拭き（2 袋）			☐	☐		
膀胱洗浄				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
導尿カテーテル				☐	☐	
1 日 回×利用日数						
ゼリー 1 本 個包装ならば回数分持参				☐	☐	包持参
洗浄綿花等				☐	☐	
ストマ装具交換回数分＋予 備	ツーピース（画版・パウチ）			☐	☐	
	ワンピース			☐	☐	
ストマ皮膚保護剤	品名:			☐	☐	
ストマ補助用品	品名:			☐	☐	
	品名:			☐	☐	
	品名:			☐	☐	
褥瘡保護フィルム/ガーゼ利用中交換枚数分				☐	☐	
保護剤				☐	☐	
テープ等				☐	☐	





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、名前を記載ください

備考

衣類 	衣類：(利用日数－入所日)＋汚染交換分 (入所日の更衣はありません)		
	バスタオル/フェイスタオル/ハンドタオル 不足確認等の電話での対応は行なっていません。 余裕を持ってご準備ください。		
	汚れ物入れ	ビニール小袋 ※10枚程度 洗濯物袋(大) ※1袋以上	
装具 ・クッション 	持参される装具類を記入してください () ()		
	クッション	個	

7 その他の持ち物

すべて、名前を記載ください



	持参 時レ 点	看護師チェック		備考
		入所 時	退所 時	

8 受給者証・提出書類等：必ず持参ください

		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(総合受付で確認)	☐	☐
	保険証	☐	☐
	各種医療費助成受給者証	☐	☐
	お薬手帳(必須)	☐	☐
	母子手帳	☐	☐
提出書類 総合受付で提 出ください	入院時感染チェック表	☐	
	全身・歯チェックリスト	☐	
	行動制限に関する説明書・同意書	☐	