

ご利用者氏名

様

ご利用時確認表

すべてのお持ち物（当日着用される衣類も含む）に必ずお名前の記入をお願い致します。（お名前がなき物は紛失の際、責任を負いかねます。ご了承下さい）

種類	数	入所時 チェック	退所時 チェック	洗面用具	コップ ・ 歯ブラシ ・ 歯磨き粉 ・ 髭剃り				
				義歯	あり（上・下）・なし	義歯ケース	あり・なし	洗浄剤	あり・なし
カバン				杖	あり ・ なし		眼鏡	あり ・ なし	
上着				その他					
ズボン				最終排便	平成 年 月 日				
肌着 (上)				薬の変更	あり ・ なし		体温	. °C	
				職員へ の伝言					
肌着 (下)									
靴下				入所時確認職員名					
くつ				退所時確認職員名					
パジャマ									
膝掛け									

社会福祉法人 愛川舜寿会



Social Welfare Corporation

ミノワ居宅介護支援センター

☎ 046-285-3535 FAX 046-286-7373