

様 ショートステイ用 持ち物チェック表

※入所前に持ち物の枚数を記入してください。また、当てはまる方に○をつけてください

持ち物リスト	入所時(自宅で確認)	入所時	退所時(施設で確認)
	入所日 /	職員で確認	退所日 /
上着 (ベスト・ジャンパー類含む)			
肌着(上)			
ズボン			
布パンツ・ズボン下など			
靴下			
パジャマ			
バスタオル			
タオル			
ラバーシーツ			
靴			
コップ			
歯ブラシ			
洗濯バケツ			
カバン			
その他			
()			
()			
施設職員 確認者			

持ち物リスト	入所時(自宅で確認)	入所時	退所時(施設で確認)
	入所日 /	職員で確認	退所日 /
杖・補助具など	有・無		
やかん	有・無		
入れ歯	上・下		
入れ歯ケース	有・無		
ポリデント	有・無		
歯磨き粉	有・無		
眼鏡	有・無		
眼鏡ケース	有・無		
補聴器	有・無		
くし・鏡など	有・無		
時計	有・無		
腕時計	有・無		
髭そり	有・無		
タオルケット・毛布など	有・無		
電気製品()	有・無		
施設職員 確認者			

当日の服装	衣類以外の持ち物

最終排便	/ () 時頃
最終入浴	/ ()
食事・食欲について	
睡眠状況	
健康状態…	
その他何かあれば記入してください	

退所時の様子について(退所時に施設で記入します)

最終排便	/ () 時頃	その他の連絡事項
最終入浴	/ ()	
食事・食欲について		
排泄について(夜中の対応など)		
睡眠状況		
施設職員 記入者 ()		