

持参物品チェック表

利用者氏名：

持参物品		備考	数	単位	Nsチェック	
					開始時	終了時
ID	診察券			枚		
薬	お薬手帳			冊		
	内服薬			日分		
医療機器関連	人工呼吸器			台		
	呼吸器回路	使用后：		個		
	呼吸器回路予備			個		
	パルスオキシメーター			個		
	加湿用水			個		
	酸素チューブ			個		
	カフアシスト			台		
	バックバルブマスク			個		
	コンフォートカフ			台		
	体温計		1	個		
	()					
	()					
呼吸ケア関連	吸引チューブ	サイズ：		本		
	吸引チューブ	サイズ：		本		
	人工鼻			個		
	人工鼻フィルター			個		
	気管カニューレ予備			個		
	気管カニューレホルダー			個		
	Yガーゼ					
	()					
経管栄養関連	経管栄養パック			個		
	接続用胃瘻チューブ			個		
	注入用シリンジ			個		
	栄養剤			個・箱		
	()					
	()					
	()					

○利用開始時に持参するものをご記入ください。
項目がないものは、()にご記入ください。
この用紙をもとに、利用開始時と利用終了時に持参物品を確認いたします。
○持ち物のすべてに、お名前の記載をお願いします。
○洗濯は、ご自宅をお願いいたします。
○アメニティ(有料)をご利用される方は、お申し出ください。

持参物品		備考	数	単位	Nsチェック	
					開始時	終了時
食事関連	自助具			個		
	エプロン			枚		
	トロミ剤			個		
	()					
衣類	肌着（上）			枚		
	肌着（下）			枚		
	洋服（上）			枚		
	洋服（下）			枚		
	靴下			セット		
	洗濯物入れ袋		1	個		
	()					
	()					
	()					
タオル類	バスタオル			枚		
	フェイスタオル			枚		
	ハンドタオル			枚		
	()					
入浴関連	シャンプー			個		
	コンディショナー			個		
	洗顔料			個		
	ボディソープ			個		
	洗体用タオル			個		
	()					
	()					
口腔ケア関連	歯ブラシ			個		
	歯磨き粉			個		
	口腔用スポンジ			個		
	コップ		1	個		
	()					
排泄関連	おむつ			袋		
	尿取りパット			袋		
	おしりふき			個		
	()					
その他	Yガーゼ			枚		
	テープ			個		
	装具			個		
	クッション			個		
	ケアノート					
	()					

【利用開始時確認】 担当看護師：

利用者（保護者）署名：

【利用終了時確認】 担当看護師：

利用者（保護者）署名：