

様

ショートステイ連絡表

* 利用期間： 年 月 日～ 年 月 日

この度はショートステイをご利用いただき、誠にありがとうございます。

最近のご自宅での様子について変化等がございましたら当用紙にご記入いただき、持ち物チェック表と一緒にご持参ください。

お手数ですが、**最終排便日及び当日の体温の記録**も併せてお願い致します。

<p>1. 最終排便日) 月 日 当日体温) °C 便秘時、ご自宅で使われている薬等あれば、ご持参ください。</p>				
<p>2. 最近のご様子について(該当する欄にレ点をお記ください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 特に変わったことはない</p> <p><input type="checkbox"/> インフルエンザの予防接種 <input type="checkbox"/> 接種済み <input type="checkbox"/> 予定有り <input type="checkbox"/> 行わず</p> <p><input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチンの接種 <input type="checkbox"/> 接種済み(年) <input type="checkbox"/> 予定有り <input type="checkbox"/> 行わず (肺炎球菌ワクチンを接種済みの利用者様は、何年に接種されたのかもご記入ください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 変わった事がある (ある場合には下記欄に詳しく記載してください)</p> <p><input type="checkbox"/> 食事 :</p> <p><input type="checkbox"/> 転倒 :</p> <p><input type="checkbox"/> 睡眠 :</p> <p><input type="checkbox"/> 病気やケガによる通院 :</p>				
<p>3. お薬について</p> <p><input type="checkbox"/> 前回から変更あり</p> <p>※お薬を持参する際、1回分ごとに分けて名前と日付(朝、昼、夕、眠前)をお手数ですがご記入お願いします。</p> <p>※またお薬の内容や数などをショートステイ利用ごとに看護師が確認しております。 薬局から最新の「お薬の説明カード」、お薬手帳、または 持参薬を確認できるもの (手書きも可) どれか1つをショートステイ利用ごとにお手数ですがご持参ください。</p>				
<p>4. 処置の内容 (軟膏塗布や湿布貼用など)</p> <p><input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 処置あり : 内容</p>				
<p>5. インシュリンの内容 (該当の方) ※必ず記入してください</p> <table><tr><td>単位</td><td>前回利用時と単位数が異なるようでしたら、いつから変更になられているのかも、あわせてご記入ください。</td></tr><tr><td>変更日 月 日</td><td></td></tr></table>	単位	前回利用時と単位数が異なるようでしたら、いつから変更になられているのかも、あわせてご記入ください。	変更日 月 日	
単位	前回利用時と単位数が異なるようでしたら、いつから変更になられているのかも、あわせてご記入ください。			
変更日 月 日				

当施設では、血糖測定を行えます。必要がありましたら、検査用具をご持参願います。

ご不明な点がございましたら、相談員までご連絡ください。

介護老人保健施設かまくら
0467-42-1717