# 薬に関する持ち物チェック表

入所日　　年　　月　　日

入所者名

**内服は、お薬手帳か最新の薬の説明書をご持参ください**

**その他の物については、太枠の中をご記入ください**

＊なお、こちらに記載のない物、持参された物をまとめていた小物（ワゴム・クリップ等）につきましては細心の注意を払わせて頂きますが、紛失する可能性もありますことをご了承ください

**軟膏類・・・ご持参ありましたら使い方もご記入ください**

| 軟膏の名前 | どこに | 数量 |
|---|---|---|
| 例） | | |
| アズノール軟膏 | お尻 | 1本 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**注射用物品・・・血糖測定もあればお願いします**

| 物品の名前 | 個数 |
|---|---|
| 血糖測定器用　針 | |
| 注射用　針 | |
| 血糖測定用センサー | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**目薬・・・例の通りご記入ください**

| 目薬の名前・個数 | どこに | 回数 |
|---|---|---|
| 例） | | |
| クラビット点眼 1個 | 右・左・両眼 | 1日　2回 |
| | 右・左・両眼 | 1日　回 |
| | 右・左・両眼 | 1日　回 |
| | 右・左・両眼 | 1日　回 |
| | 右・左・両眼 | 1日　回 |

**＊ 看護師記入欄**

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**その他外用品**

| 物品の名前 | どこに | 個数 |
|---|---|---|
| 例） | | |
| 処置用ガーゼ | お尻 | 1枚 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**その他、持参物品があればお知らせください**

入所担当者（　　）　退所チェック担当者（　　／　　）