

薬品・栄養剤関係		入所 月 日		退所 月 日	
通常飲んでいるお薬は（日数+3日分）お持ちください		ご家族 準備数	職員サイン (〇〇)	当日担当 職員サイン ()	ご家族 確認サイン ()
内服薬	水 薬：（例）トリクロシロップ	1	レ		
	頓用薬				
	定時薬 の記載 は不要				
吸入薬	インタ				
	パルミ				
	メプチ				
	生食				
	その他				
坐薬	ダイア				
	エスク	注腸シリンジ			
	アンピ				
	ワコビ				
	テレミ				
	その他				
軟膏・点眼薬 数量の確認は致しません。使用している物をなるべく1つのポーチに入れお持ちください					
お願い 短期入所等病棟預かり物リスト①②に記載されている持ち物以外は、数量や物品自体のチェック、動作のチェックについて、職員は行いません。 その他、クッション等を持ってこられる方は、ご家族で入退所時に確認をお願いいたします。 持ち物は必要最小限となるようお願いいたします。 また、電子カルテの導入に伴い、今後この用紙について変更になることがあります。 ご不便やご面倒をおかけいたしますが、ご理解とご協力のほど、よろしくお願いいたします。					

通常、お飲みになっている薬以外の薬（水薬、吸入薬、坐薬）、栄養剤について持ってきた分の数を記入してください。

尚、軟膏と点眼については数の確認はいたしません。使用しているものは忘れずにご家族で確認をお願いいたします。

また、ここに記入してある分について職員が物と数のチェックを行います。

退所時に、ご家族による物と数のチェックをお願いいたします。

また、確認後サインをお願いいたします。