

入院時の持ち物確認について

入院中のお持ち物は必要最低限とし、ご自身で管理して頂きますようお願いしております。特に貴重品等についてはご自身で管理が困難な場合にはお持ち帰り下さい。やむを得ずお持ちになる場合には、看護部長または事務部長にご相談ください。お手数ではございますが、以下の持ち物についてご記入ください。

患者様氏名	様
-------	---

持ち物	有 無	メ モ
眼鏡	有 ・ 無	色 () ケース (有・無)
補聴器	有 ・ 無	耳かけ (右・左) 耳穴 (右・左) 集音器
入れ歯	有 ・ 無	総入れ歯 (上・下) 部分入れ歯
時計	有 ・ 無	腕時計 () 置時計 ()
杖	有 ・ 無	色 ()
補助具	有 ・ 無	物 ()
電気シェーバー	有 ・ 無	メーカー () 色 () 充電器 (有・無)
イヤホン	有 ・ 無	
携帯電話	有 ・ 無	色 () 充電器 (有・無)
本人のバッグ	有 ・ 無	色 ()
お金	有 ・ 無	金額 ()
おむつ・尿取りパット	有 ・ 無	おむつ (枚) 尿取りパット (枚)

その他

年 月 日

患者様 (ご家族) 氏名 _____

看護師氏名 _____