

様 利用期間 月 日 ~ 月 日

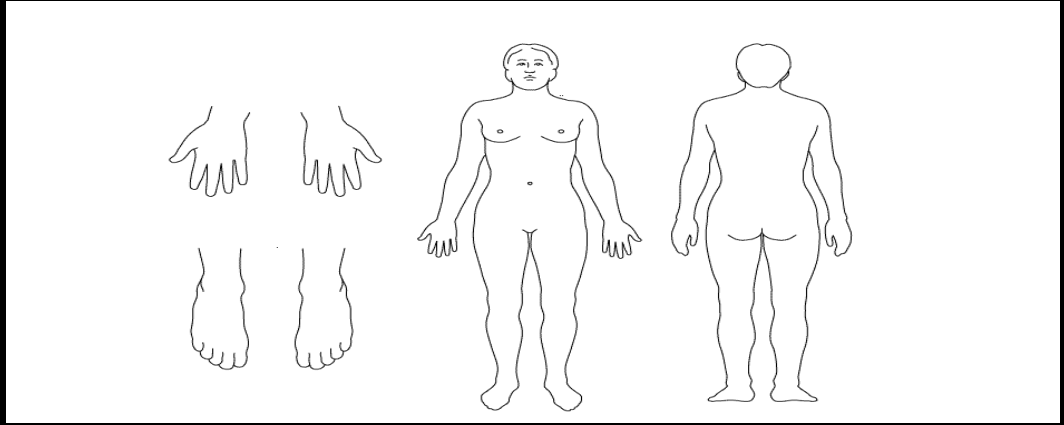
お迎えまでに記入をお願いします

体温	今日の体温	(. °C)
前回から変わった事	前回利用時から変わった事	あり・なし
	<ありの場合>	
お通じについて	最終排便日	(月 日)
	下剤の使用	あり・なし
	ありの場合=便秘 日目から を(朝・昼・夕・就寝)に (錠・包)服用	
	以降 日目から を(朝・昼・夕・就寝)に (錠・包)服用	
	日目では を(朝・昼・夕・就寝)に (錠・包)服用	
	退所日前日の下剤の服用	可・不可
持参薬について	持参薬の使用	あり・なし
	※ありの場合=持参薬の名称	
	使用する際、施設から連絡	必要・不要
期間中について	期間中のご家族の外泊予定	あり・なし
	ありの場合、外泊場所 期間(月 日~ 月 日)	
	期間中の連絡先の変更	変更あり・なし
新型コロナウイルスワクチンについて	ワクチンは接種されましたか？	接種済み・未接種・接種しない
	ワクチンのメーカー(分かる場合のみ)	ファイザー/モデルナ アストラゼネカ/その他
	ワクチン接種 1回目 (予定も含む)	月 日
	ワクチン接種 2回目 (予定も含む)	月 日
	どちらの腕に接種されましたか？	右・左
	接種後、副反応はありましたか？	あり・なし
	副反応があった方へ。どのような副反応がありましたか？下記の症状欄に○をしてください 腕の痛み・倦怠感・発熱(°C)・食欲低下・嘔吐・吐き気・その他	

裏面に続きます

身体状態に異変(傷やアザなど) あり・なし

身体状態
について



その他
伝達事項

Blank area for additional information or notes.

記入にご協力いただきまして、ありがとうございました。