

持ち物チェック表

NO. 1

氏名 _____ 様 _____ 号室 _____

利用期間 _____ 月 _____ 日() ~ _____ 月 _____ 日()

持ち物	入所時	退所時	持ち物	入所時	退所時
普段着(上)			後期高齢者医療保険証		
普段着(下)			後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証		
パジャマ(上・下)			国民健康保険証		
肌着			※国民健康保険高齢者受給者証		
ズボン下			※介護保険負担限度額認定証		
パンツ			介護保険被保険証		
靴下			介護保険負担割合証		
ハンカチ			かかりつけ病院の診察券		
ハンドタオル			薬		
フェイスタオル			お薬手帳・お薬説明書		
帽子					
BOXティッシュ					
くし・ブラシ			※印はお持ちの方のみご持参下さい。 必ず、原本をお持ち下さい。		
歯ブラシ					
歯磨き用コップ			～入所時着用衣類～	入所時	退所時
歯磨き粉			上着		
靴(外履き用)			ズボン・スカート		
上履き			靴下		
眼鏡・眼鏡ケース			肌着		
義歯(上・下)			ズボン下		
義歯ケース			パンツ		
髭そり(電動・T字)			杖・車椅子		
髭剃り用充電器					

入所担当者 _____

退所担当者 _____

持ち物チェック表

NO. 2

氏名 _____

持ち物	入所時	退所時	持ち物	入所時	退所時

入所担当者 _____

退所担当者 _____