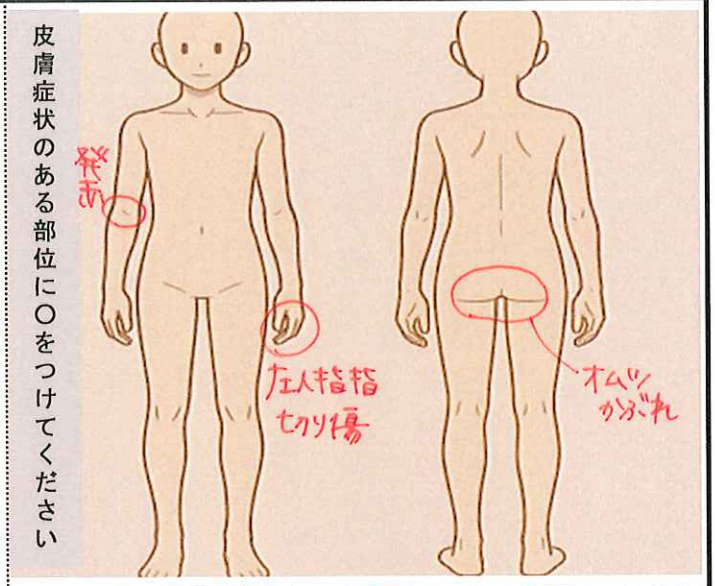
様式1

入所時連絡票

徳島赤十字ひのみね医療療育センター
短期・日中一時利用

利用者名	ひのみね 太郎　（記載者　ひのみね花子　）	
退園予定日時	2026 年 4 月 2 日 16 時 00 分 ※退園予定時間を変更する場合は必ず口頭でお伝えください。	職員チェック欄 ☐入所時確認
緊急連絡先電話番号	①ひのみね花子　続柄（母　）　TEL:〇〇〇〇〇〇〇〇 ②ひのみね一郎　続柄（父　）　TEL:◆◆◆◆◆◆◆◆	※遠方に行かれる時や、連絡が取りにくい時は、必ず入所時にお知らせください。

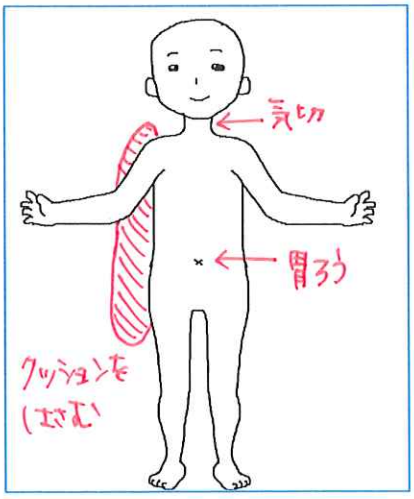
内服薬	内服薬	☑ あり	☐ なし	※薬手帳のコピーを必ずご持参ください。 詳細は持ち物リストに記載をお願いします。
	内服薬の変更（前回利用後から）	☑ あり	☐ なし	変更内容（ レボカルニチン100mg→250mg ） 時期　（ 2026.3/26～ ）
排泄	最終排泄日時	排尿 4/1日 8時	排便 3/31日 20時	
	便処置	☐ 希望しない	☑ 希望する	処置内容（グリセリン浣腸30mg ） いつ　（1日便がなければ午前中に実施）
皮膚	皮膚症状	☑ あり 発赤 湿疹 発疹 水疱 膿疱 擦過傷 裂傷 表皮剥離 皮下出血 ※使用中の薬	☐ なし	皮膚症状のある部位に〇をつけてください 
発作	発作状況	☑ あり	☐ なし	直近の発作　3月　20日　11時頃 発作時の様子や対処方法、使用した薬：ダイアップ5mg 目をパチパチさせる、身体をぴくぴくさせる 10分続いたのでダイアップ5mg使用 ※SS期間中、発作時に使用する薬：（ダイアップ5mg）
注入	内容の変更・追加（前回利用後から）	☐ あり	☑ なし	変更内容 （　）
	注入残量の取り扱い	☑ 残量は破棄	☐ 次の注入に使用	※24時間以上経過した物は破棄します。
食事	アレルギー	☑ あり	☐ なし	アレルギーの種類：たまご、牛乳
その他	最近の体調で気になることがあればご記入ください	季節の変わり目なのか、鼻水がでています。病院にはかかっていません。夜も途中で起きたりすることがありますが、そのまま寝ることもあります。寝なかった場合も特に何もせずに様子をみててください。睡眠時間だけ帰る時に教えてください。		
	利用中の外出（通学、通所）予定など			

様式2　氏名（ ひのみね太郎 ）

ご利用者様の1日のスケジュールを記載してください。
病棟の業務時間とのすり合わせのため、スケジュールに関してご相談させていただくことがあります。ご協力よろしくお願いします。

	AM		PM
0		12	注入
1		13	オムツ交換・着替え
2		14	
3		15	
4		16	
5		17	注入
6	オムツ交換	18	
7		19	
8	注入	20	オムツ交換
9		21	注入
10		22	
11		23	

処置 ・ ポジショニング注意点 ・ ベッド上・車椅子上でのクッションの置き方な



気切：1日1回、ガーゼとバンドを交換

胃瘻：1日1回、ガーゼ交換
（漏れがあるときは、その都度交換）

乾燥肌なので、ボディクリームを着替時に
全身に塗ってください

車椅子：水色のクッション→右脇に挟む
車椅子：水玉のバスタオル→膝の間に挟
ベッド上：左の側彎部にチイカワのクッションを沿わ

様式3

短期利用持ち物リスト

お名前　ひのみね太郎

入所日　2026 年　4月　1日

入所時取扱職員（　　）
退所時取扱職員（　　）

○全ての持ち物に、必ず記名をお願いします。
記名がない場合、こちらで記名させていただくことがあります。

○センターの医療器材、日用品を使用した場合には実費が必要になります。

○**数の確認が必要な持ち物について下記「数」欄に数を記載してください。** 色柄や特徴を余白にご記入下さい

医薬品	数	入園	退園
内服薬※内服日時・記名し、薬が多い場合投薬時間毎にまとめてください			
△△△（朝・昼・夕）	3包		
□□□（朝・夕）	2包		
※※※（夕）	1包		
内服予備薬	6包		
座薬（ ダイアップ5mg ）	2個		
浣腸（ 30mg ）	1		
水薬（ ）			
下剤（ ）			
点眼類（ ）			
軟膏類（ ）			

医療物品	数	入園	退園
人工呼吸器			
人工呼吸器予備回路			
吸引器（ ） 吸引物品（ ）	1台		
吸引チューブ（1日1本使用し廃棄）	5本		
コネクタ			
アルコール綿	1ケース		
SPO2モニター本体（ ）センサー（ ）			
気管カニューレ			
アンビューバック			
テストバック			
吸入器			
蒸留水　※用途（ 吸引 ）			
生理食塩水　※用途（ ）			
人工鼻	5個		
気切バンド（ひも）	3本		
ガーゼ類			
テープ類			
処置用パット			

注入物品	数	入園	退園
※全てに記名をお願いします。 ※注入物は予備をお持ち下さい。			
注入ボトル	1		
栄養チューブ　（予備）　本	1		
胃ろう接続チューブ	1		
シリンジ50cc			
シリンジ20cc	2		
シリンジ　cc			
加圧バック			
注入物名（ ラコール 、 ）	6		
注入物名（ 、 ）			

日用品（色柄や特徴を余白にお書きください）	数	入園	退園
車椅子	1		
クッション	3		
歯ブラシ	1		
スポンジブラシ			
コップ	1		
食具（			
オムツ（アウター）			
尿取りパット			
おしり拭き	3		
その他	**数**	**入園**	**退園**
おやつ・ジュース			
ボディクリーム	1本		

注意事項

・入浴は病棟状況に応じて対応します（土・日・祝の入浴は行っていません）支援施設の入浴は水曜日のみとなります

・衣類等すべてに記名してください。衣類は職員による入退園のチェックは行っていませんので、退園時にご確認下さい。

・衛生管理上、洗濯が必要と判断した場合は洗濯を行います。色落ち・縮み等の可能性がございます。ご了承ください。

・DVDを再生する機器がございません。TVのみの設備。電子機器等の持ち込みをされる場合の管理に関して
センターでは責任を負えませんので、ご了承ください。