

医療的ケア物品確認表

氏名

|     |    | 受け取り時 |  |  |  |  |  |  |             | 返却時    |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
|-----|----|-------|--|--|--|--|--|--|-------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--------|
|     |    |       |  |  |  |  |  |  | 確認者<br>サイン  |        |  |  |  |  |  |  |  | 確認者<br>サイン  |        |
|     |    |       |  |  |  |  |  |  | 保<br>護<br>者 | 職<br>員 |  |  |  |  |  |  |  | 保<br>護<br>者 | 職<br>員 |
| 月   | 日  |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 日にち | 曜日 |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 1   |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 2   |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 3   |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 4   |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 5   |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 6   |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 7   |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 8   |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 9   |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 10  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 11  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 12  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 13  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 14  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 15  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 16  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 17  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 18  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 19  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 20  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 21  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 22  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 23  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 24  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 25  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 26  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 27  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 28  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 29  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 30  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |
| 31  |    |       |  |  |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |  |             |        |

※受け取り時、返却時は家族と一緒に数を確認しながら、数を記入しましょう。