医療法人社団
西宮回生病院
NISHINOMIYA KAISEI HOSPITAL

持ち物チェックリスト（　　月　　日分）

※必ず持ち物すべてに名前を記入してください。

※リストにないものはその他に記入してください。

児童氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

入室時チェック	項目	内容	退室時チェック
□	薬	種類（頓服　あり ・ なし）	□
□	衣類など	Tシャツ　　枚 ／ ズボン　　枚	□
□		肌着　　枚 ／ パンツ　　枚	□
□		食事用エプロン　　枚 ／ スタイ　　枚	□
□		おむつ　　枚 ／ おしり拭き　　個	□
□		フェイスタオル　　枚	□
□		タオルケット　　枚	□
□		ビニール袋　　枚	□
□	おやつ		□
□	昼食	あり （　　）・なし	□
□	食器など	あり （　　）・なし	□
□	抱っこひも	あり ・ なし	□
□	その他		□
□			□
□			□
□			□
□			□
□			□
□			□
□			□
□			□

☆本日着用しているもの。

〇靴　　なし ・ あり（　　）　　〇その他

〇靴下　　なし ・ あり（　　）

〇上着　　なし ・ あり（　　）

〇帽子　　なし ・ あり（　　）

持ち物チェックしました：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿