

障害者支援施設 レクロス広尾 短期入所 募集要項

事業所名	日本赤十字社総合福祉センター 障害者支援施設 レクロス広尾
定員	1名
利用対象者	東京都在住の方で、障害福祉サービス受給者証に短期入所の支給決定を受けている身体障害(児)者の方が対象となります。 <u>※障害児の方は、応相談とさせていただきます。</u>
登録方法	<p><未登録の方></p> <p>事前に登録及び面接を行います</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規利用登録申込書(別紙1)を送付して頂きます。 <li style="text-align: center;">↓ ・事業所より面接のご連絡をさせていただきます。 <li style="text-align: center;">↓ ・面接を実施します。 <li style="text-align: center;">↓ ・登録者となります。 <p><u>(面接の結果、健康状態や医療的ケアが必要な場合、登録できない場合がありますので予めご了承ください)</u></p>
予約方法	<p><登録者の方></p> <p>短期入所の利用予約をします</p> <ul style="list-style-type: none"> ・短期入所利用予約申込書(別紙2)を送付して頂きます。 <li style="text-align: center;">↓ ・結果及び利用期間をご通知いたします。 <li style="text-align: center;">↓ ・ご利用開始となります。
送迎	原則、施設での送迎はありません。
入退所時間	(入所時間)10:00~18:00 (退所時間)10:00~18:00 ※上記の時間で調整させていただきます。
同封書類	<ul style="list-style-type: none"> ・別紙1 短期入所 新規利用登録申込書 ・別紙2 短期入所利用予約申込書 ・短期入所のしおり ・短期入所 Q&A ・持ち物チェック表
お問い合わせ・利用登録・利用申込先	
<p>〒150-0012</p> <p>東京都渋谷区広尾4-1-23</p> <p>日本赤十字社総合福祉センター 障害者支援施設 レクロス広尾 短期入所係</p> <p>電話 03-6861-4800</p>	

(別紙1)

日本赤十字社総合福祉センター 障害者支援施設 レクロス広尾 短期入所 新規利用登録申込書

平成 年 月 日

日本赤十字社 総合福祉センター
障害者支援施設 管理者

殿
申請者
郵便番号
住所
氏名
電話番号



下記の事由により短期入所サービスを利用したいので、利用申し込みをいたします。

本	(フリガナ)		生年月日	昭・平 年 月 日 (申込時点での年齢)		
	利用者氏名					
	性別	男・女	身長	cm	体重	kg
	現住所	(〒 -) (電話番号 - -)				
人	障害程度区分認定状況	<input type="checkbox"/> 障害程度区分認定を受けている <申込日現在の障害程度区分> 区分(1・2・3・4・5・6) <認定有効期間> 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
		<input type="checkbox"/> 区分更新申請中 (平成 年 月 日 申請)		<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (平成 年 月 日 申請)		
	<input type="checkbox"/> 障害程度区分認定を受けていない (<input type="checkbox"/> 認定申請中 平成 年 月 日 申請) (<input type="checkbox"/> 申請予定)					
の	支給決定状況	<input type="checkbox"/> 短期入所の支給決定を受けている <支給決定期間> 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで <支給量> 月 _____日 まで <input type="checkbox"/> 短期入所の支給決定を受けていない (<input type="checkbox"/> 申請中 平成 年 月 日 申請) (<input type="checkbox"/> 申請予定)				
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 : _____ 級 障害名(_____) (障害受傷日) 昭・平 年 月 日 (手帳交付日) 昭・平 年 月 日 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 : _____ 度 (手帳交付日) 昭・平 年 月 日 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 : _____ 級 (手帳交付日) 昭・平 年 月 日				
状	希望者の現在の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている				
		<input type="checkbox"/> 病院施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他の福祉施設等(_____)				
		名称所在地	電話番号			
本人の利用意向		<input type="checkbox"/> 利用を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 理解困難				

本人の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥そう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他() <現在治療中の病気・特記事項等> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%; margin: 5px 0;"></div> <受診している医療機関> ・病院名 : _____ ・主治医 : _____ ・住所 : _____ ・電話番号 : _____																		
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 服薬している <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">薬剤名</div> <input type="checkbox"/> 服薬していない																		
	入院歴	入院・治療歴 ※過去3年間をお書き下さい。(欄が足りない場合は別紙に記入して下さい) <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 45%; text-align: center;">医療機関名</th> <th style="width: 40%; text-align: center;">病名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			医療機関名	病名	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()			平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()			平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()			平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()			平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()	
	医療機関名	病名																		
平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()																				
平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()																				
平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()																				
平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()																				
平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () ()																				
状況	A D L	摂食行為	入浴																	
該当する□にチェックをして下さい。																				
		全介助	<input type="checkbox"/> すべて介助により摂取 <input type="checkbox"/> 嚥下困難なため、経管栄養(方法：胃ろう・腸ろう・鼻腔・その他)																	
		一部介助	<input type="checkbox"/> 食べこぼしが多く介助が必要 <input type="checkbox"/> うながし、声かけが必要																	
		ほぼ自立・自立	<input type="checkbox"/> 準備すれば箸やスプーンで食べることができる。																	
		全介助	<input type="checkbox"/> 洗身・洗髪すべて介助者が行っている <input type="checkbox"/> 訪問入浴を利用している																	
		一部介助	<input type="checkbox"/> 手の届く範囲は自分でできるが一部を介助 <input type="checkbox"/> うながし、声掛けが必要																	
		ほぼ自立・自立	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる																	

本 人 の 状 況	A	排 泄	全介助	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル仕様で介助者の管理が必要 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 排泄行為も後始末も介助者が行う				
			一部介助	<input type="checkbox"/> 予告および排泄行為はできるが、後始末が不十分 <input type="checkbox"/> 定期的な声かけが必要				
			ほぼ自立・自立	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる				
		D	移	全介助	<input type="checkbox"/> 常時車いすが必要で、操作ができないため介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分では移動がまったくできない			
				一部介助	<input type="checkbox"/> 見守りや手助けなどの一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 一人では歩行できないが、介助があれば歩行可能 <input type="checkbox"/> 歩行は可能だが、見守りや手を添えたり支えたりが必要			
			動	ほぼ自立・自立	<input type="checkbox"/> 段差がなければ自分で車いすを操作できる <input type="checkbox"/> 手すりにつかまれば歩行可能 <input type="checkbox"/> 杖等を利用すれば、介助・見守りなしで移動できる			
		L	(ベ ッ ド・ 移 乗 ト イ レ 等 車 椅子 等)	全介助	<input type="checkbox"/> すべて介助者が行っている			
				一部介助	<input type="checkbox"/> 見守りや手助け等の一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 特定の行為のみ介助が必要 該当するものに○をして下さい → (ベッド・車いす・トイレ・その他)			
				ほぼ自立・自立	<input type="checkbox"/> 自分ひとりで移乗できる			
		コミュニケーション	意思疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ※可能な場合、どのような方法で行いますか。 <input type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> その他()					
行 動 面	<input type="checkbox"/> 行動障害等(該当するものに○をして下さい) 徘徊 暴力行為 不潔行為 異食 大声や奇声 その他()							
そ の 他 、 環 境 状 況 等	当該障害者が居住する住宅状況、経済状況等で特記すべき事項があれば、記入して下さい。 また、入所施設を利用されるにあたり特に注意を要すること等があれば、記入して下さい。							
家 族 状 況	主たる介護者	氏名	続柄	性別	生年月日	同居別居	職業	勤務時間
	<input type="checkbox"/>			男・女	M・T・S・H 年 月 日	同・別	勤務・自営・なし	
				男・女	M・T・S・H 年 月 日	同・別	勤務・自営・なし	
				男・女	M・T・S・H 年 月 日	同・別	勤務・自営・なし	
				男・女	M・T・S・H 年 月 日	同・別	勤務・自営・なし	
				男・女	M・T・S・H 年 月 日	同・別	勤務・自営・なし	

主 た る 介 護 者 の 状 況	(フリガナ)	年 齢	本人との関係	備 考
	氏 名			
介 護 者 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護するも者が、要支援・要介護の認定を受けている <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、愛の手帳、 <input checked="" type="checkbox"/> 医療券(難病指定)を持っている <input type="checkbox"/> 介護のために通う時間が、片道1時間以上かかっている <input type="checkbox"/> 利用希望者以外の人の看病・介護を行っている (その人の続柄:) (どこで:) (どのように:) <input type="checkbox"/> 小学生以下の子を育児している (生年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 体の具合が悪く、1週間に1回以上通院し治療を行っている <input type="checkbox"/> 1週間に3日以上働きながら介護を行っている (就労内容:) (就労時間:) <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である			
介 護 の 場 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中			
介 護 歴	年 月頃から介護している (期間:約 年)			
介 護 協 力 者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名: / 続柄:) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名: / 続柄:)			
意 見	<身体的状況(健康状態)や仕事の有無、現状の介護で困っていること等、記入して下さい> 			
障 害 福 祉 サ ー ビ ス の 利 用 状 況	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー派遣 → <input type="checkbox"/> 障害者自立支援法で派遣 <input type="checkbox"/> 介護保険法で派遣 週 回 (1回 時間派遣されている) <input type="checkbox"/> 施設通所 → <input type="checkbox"/> 障害者自立支援法で通所 <input type="checkbox"/> 介護保険法で通所 週 回 (場所:) (内容:)			

今後、貴施設が入所判定に使用する目的で、①障害程度区分認定にかかる認定調査、概況調査、②サービス利用意向聴取の内容、③市区町村審査会における審査判定結果、意見及び医師意見書の全部または一部を利用することに同意します。

平成 年 月 日

(申込者) 住 所

氏 名

印

続 柄

注1 障害程度区分など要件や他施設へ入所されるなど状況に変化があった場合は、すぐにお知らせ下さい。

注2 障害福祉サービス受給者証(写)を添付して下さい。

(別紙2)

日本赤十字社総合福祉センター

障害者支援施設 レクロス広尾 短期入所利用予約申込書(月分)

※①お申込み期間は、支給決定機関が渋谷区の方は、利用希望月の3ヶ月前(1日～10日)までとなります。また、支給決定機関が渋谷区外の方は、利用希望月の2ヶ月前(1日～10日)までとなります。
②お申し込み方法については、郵送でお願い致します。

管理者 殿

以下の通り、短期入所の利用を申し込みます。

申込者氏名 (続柄)
住 所
電話番号

記入必須 section containing application details: 利用理由 (冠婚葬祭, etc.), 利用日指定 (有/無), 利用者状況 (利用者氏名, 住所, 電話番号, 障害福祉サービス受給者証 details).

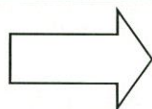
※ここから先は、前回の利用から変更のある方のみご記入下さい。

変更がある場合のみ記入 section: 日常生活の状況 (食事, 入浴, etc.), かかりつけの医師 (病院, 科, 先生), 住所, 電話番号.

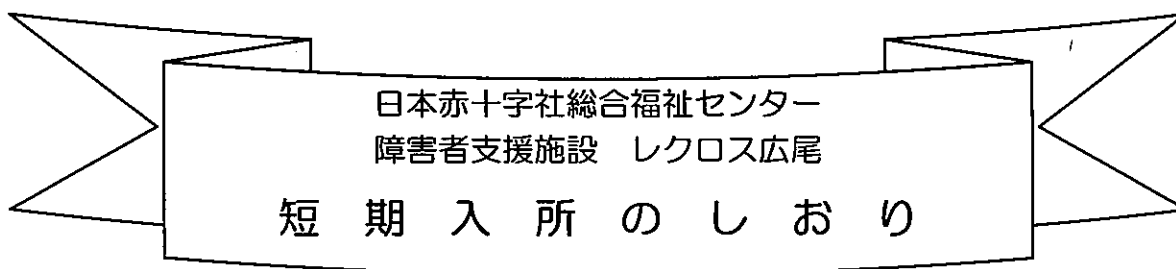
障害者支援施設 レクロス広尾 短期入所利用予約申込結果通知

※記入欄 section: 通知本文 (この度は、短期入所の利用をお申込み頂き有難うございました。調整の結果、下記の通りとなりましたのでお知らせ致します。), 利用日決定/キャンセル待ち options.

郵送の際にキリトリ線に沿って切り離しご使用下さい。



〒150-0012
東京都渋谷区広尾4-1-23
日本赤十字社総合福祉センター
障害者支援施設レクロス広尾 行き



1. 入所時の持ち物について

(1) 書類関係

- ・ 障害福祉サービス受給者証（毎回必須）
- ・ 身体障害者手帳（初回のみ必須）
- ・ 療育手帳・精神障害者手帳（お持ちの方は初回のみ必須）
- ・ 診療情報提供書、看護サマリー（入院または施設に入所している方のみ）
- ・ 診察券
- ・ 印鑑（必須）

※各種申請書の作成時に必要となりますので、通帳の届出印とは別にお持ち下さい。三文判でお願いします。（シャチハタ不可）

- ・ 通帳、印鑑（通帳の届出印）
- ・ 健康保険証類一式

(2) 薬

- ・ 現在処方されている薬（内服薬・外用薬）

ご利用日数分と予備2日分

※なお、服用毎の分包及び記名をお願いいたします。

【分包例】

1月1日分 (朝食後) 氏名

予備分 (朝食後) 氏名

- ・ 臨時薬（発熱時、便秘時、発作時等の臨時に使用する薬。浣腸薬等）
- ・ お薬手帳（お持ちの方のみ）
- ・ 処方されている薬の説明書（必須／最新のものをお願いします）
- ・ 服用時に使用しているもの（必須／オブラート、カップ等の用具、食品等）

(3) 衣類、日用品

基本的にお部屋は自由に使う事が出来ます。ご自宅で使い慣れた家具や家電等をお持ちいただけます。また、スペースには限りがありますのでご注意ください。

なお、退所時にはすべてお持ち帰りいただきます。

ア. 衣類、身の回り品

- ・ 下着、肌着（上衣、下衣、靴下など）

- ・衣類（上衣、下衣）
- ・パジャマ、寝巻き、浴衣等
- ・洗濯用バッグ（洗濯を出す際のカバンもしくは袋）
- ・その他、現在お使いの衣類（外出着・帽子等）
- ・履物（内履き、外履き）
- ・その他現在お使いの物（杖、補装具、義歯、メガネ、補聴器等）

※原則、すべての物に記名をお願いします。

※衣類は最低3～4組お持ちください。

施設での洗濯は可能ですが、衣類の用意はできません。なお、洗濯機、乾燥機の使用ができる物をお願いします。

※洗濯機の使用ができない物は、帰宅後にご自宅で洗濯をお願いします。

イ. リネン類

- ・介護用ベッド、体圧分散マット、寝具一式を用意しております。
- ・その他必要なものがあれば、記名のうえご持参下さい。

ウ. 雑貨、家具、家電製品（事前にご相談の上、必要に応じてお持ち下さい）

- ・洗面用具
歯ブラシ、歯磨き粉、コップ、義歯ケース、義歯洗浄剤、洗面器、石鹸、電気シェーバー、T字カミソリ、爪切り等
- ・テレビ、冷蔵庫、パソコン、タンス、椅子、ゴミ箱等
- ・その他ご愛用の物、日用品（防災上、火を使うものはご遠慮下さい）

※家電製品は一台につき100円/月をいただきます。

※高価な物をお持ちの場合は保証しかねますので、予めご了承下さい。

※お部屋での画鋸、クギ、両面テープ等の使用はご遠慮下さい。（コルクボード（マグネット使用）とピクチャーレールはご用意があります）。

エ. 食事に関するもの

- ・茶碗、汁碗、はし、スプーン、コップ
- ・自助具一式
- ・その他、現在お使いのもの（ストローも含みます）

※副菜用の食器とマグカップは施設でもご用意があります。

2. 金銭等について

- ・金銭は基本的には自己管理となります。
- ・紛失の際の責任は当施設では負いかねます。
高額の現金（1万円以上）の所持は控えていただきますようお願いいたします。
- ・なお、施設での管理をご希望される場合は、別途入所時にご相談下さい。

3. 喫煙・飲酒について

- ・喫煙は総合福祉センターの施設内及び医療センター、看護大学、乳児院、保育園を含む敷地内が全面禁煙となっています。
- ・飲酒は主治医に相談のうえ、健康上支障のない程度で可能です。
ただし自己負担となります。飲酒を希望される場合は事前にご相談下さい。

4. 利用料の支払い等について

(1) 利用料について

- ・福祉サービス利用料（自己負担分）
 - ・食費
 - ・光熱水費
 - ・その他、実費負担分（医療費、理美容代等）
- ※上記内容を合算した額が利用料となります。

(2) 支払い方法について

原則、口座振替（自動口座引き落とし）でお支払い頂きます。

※尚、事前に口座振替を行うための手続きが必要となりますが、手続きの方法につきましては、後日ご案内させていただきます。

5. ご家族様へ

(1) 来所について

ご自由に来所下さい。

ただし、夜間20時～朝9時の間の来所については、事前に施設へご連絡下さい。

※差し入れはご家族内のみでお持ちください。また、食品（生鮮食品、菓子類等）をお持ちの場合は職員に声を掛けて下さい。

原則として賞味期限、消費期限の記載があるものに限りです。

(2) 外出、外泊について

ア. 申請方法について

特別な事由または体調等に支障がない限り自由です。ただし、原則、書面で事前申請していただきます。

外泊または外出中に期間や時間に変更がある場合は必ずご連絡下さい。お申し出いただく時間によっては事業所の食事の準備が間に合わない場合もあるため、予め職員にご確認下さい。

イ. 外出時間・外泊期間等について

外出の時間、外泊の可能な期間は特に定めておりませんが、月累計9

日以上の外泊の場合は、短期入所のお部屋として利用させていただく場合もありますので、予めご了承下さい。

※ご家族が施設に宿泊する事も可能です。その際は、総合福祉センター内の家族宿泊室をご利用ください。(有償となります。)

宿泊の際は事前に職員までご相談下さい。

(3) その他

事前に届出ていただく緊急連絡先等の変更がありましたら、速やかにご連絡下さい。

※ご不明な点は、下記までお問い合わせ下さい。

【お問い合わせ先】

〒150-0012 東京都渋谷区広尾4丁目1-23

日本赤十字社総合福祉センター 障害者支援施設 レクロス広尾

【電話】 03-6861-4800

日本赤十字社総合福祉センター
障害者支援施設 レクロス広尾 短期入所 Q&A

1 利用できる対象は？

→東京都内にお住まいの方で主として身体障害（児）者の方が対象となります。
重複障害として知的障害、精神障害をお持ちの方も対象となります。

※ただし、利用する方の健康状態や医療的ケアを必要とする場合等でご利用いただけない場合があります。

なお、障害児の方は、別途、ご相談ください。

2 利用手順は？

→①短期入所の登録申請

②面接調査

③利用予約申込書提出

④利用決定通知

⑤利用開始

※2回目以降は③～⑤の手順となります。

3 短期入所の登録申請及び利用予約申込はいつからできるか？

→障害福祉サービス受給者証の支給市町村欄に記載してある区市町村によって異なります。

●渋谷区の方⇒利用希望月の3ヶ月前の毎月1日～10日（消印有効）

●渋谷区外の方⇒利用希望月の2ヶ月前の毎月1日～10日（消印有効）

（例）平成24年8月に利用する場合

時 期	5月	6月	7月	8月
渋谷区の方	1日～10日	1日～10日	1日～10日	ご利用
渋谷区外の方		1日～10日	1日～10日	ご利用

4 1日～10日を過ぎたら申込できないのか？

→忘れてしまった等で10日を過ぎてしまった場合は、翌月の1日～10日にお申込み下さい。ただし、すでに予約で埋まってしまっている場合があります。

5 面接はどのようなことをするのか？

→ご自宅での生活の様子や必要としている支援の内容について確認させていただきます。

※面接の結果、利用が困難な場合がありますので予めご了承ください。

6 利用日の決定は先着順で決まるのか？

→先着順ではありません。受付利用予約申込書の利用理由と他の利用者の利用理由や利用期間を総合的に勘案して決定します。なお、利用期間の日時のご希望は、原則「冠婚葬祭等で介護できない状況が見込まれる場合」に限らせて頂きますので予めご了承下さい。

7 利用予約申込の結果はいつごろ決まるのか？

→申込のあった月の月末までには文書で通知いたします。

ご利用可能な場合、ご利用期間、入退所時間を記載した文書を送付させて頂きます。なお、ご利用が難しい場合は、キャンセル待ちとして文書を送付させて頂きます。この場合、すでにご予約が決まっていた方からキャンセルが出た際に、施設から改めてご案内させて頂きます。

8 1回の宿泊日数制限はあるか？

→障害福祉サービス受給者証に記載してある短期入所の支給決定量以内で、かつ、原則、7日以内となります。ただし、緊急の場合は応相談とさせて頂きます。

※原則、支給決定量を超える自費での利用はできません。

なお、他の短期入所を利用されている場合、その利用日数も当該月利用日数に含まれますのでご注意下さい。また、同様に年間の短期入所利用日数の上限にもご注意願います。

9 入所、退所時間について

→（入所）10：00～18：00

（退所）10：00～18：00

※原則、上記時間内で調整させて頂きます。

10 利用料や持ち物等はどうしたらよいか？

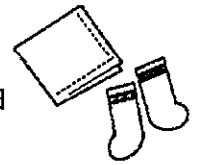
→詳細は、登録のための面接時にご説明およびご相談させていただきます。

短期入所 持ち物チェック表①

日本赤十字社総合福祉センター 障害者支援施設 レクロス広尾

ご利用者氏名 _____ 様

ご利用期間 : 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日



- ・当日着用されている衣類も含めて、すべて下記にご記入下さい。
- ・下記項目にない持ち物は、お手数ですが手書きでご記入下さい。また、すべての物に記名をお願いします。
- ※記名のない持ち物については責任を負いかねますので、ご注意願います。
- ・お薬は、すべて手書きでご記入下さい。

持ち物	特徴・色	数量 入所	数量 前日	数量 退所	持ち物	特徴・色	数量 入所	数量 前日	数量 退所
障害福祉サービス 受給者証	(毎回お持ち下さい)				通帳	(初回のみお持ち下さい)			
身体障害者手帳	(初回のみお持ち下さい)				印鑑	(初回のみお持ち下さい)			
療育手帳	(初回のみお持ち下さい)				健康保険証類一式	(毎回お持ち下さい)			
精神障害者手帳	(初回のみお持ち下さい)				診察券	(毎回お持ち下さい)			
診療情報提供書	(初回のみお持ち下さい)								
服薬用具									
内服薬 【 有 ・ 無 】 ※処方されている薬の最新の説明書またはお薬手帳を毎回お持ち下さい。									
外用薬 【 有 ・ 無 】 ※処置の内容も併せてご記入下さい。									
備考 (薬についての特記事項 等)									

持ち物	特徴・色	数量 入所	数量 前日	数量 退所	持ち物	特徴・色	数量 入所	数量 前日	数量 退所
下着(上)					Tシャツ(半袖)				
下着(下)					Tシャツ(長袖)				
肌着(上)					ポロシャツ(半袖)				
肌着(下)					ポロシャツ(長袖)				
靴下					トレーナー				

