

# 外泊届

施設長 奥谷 幸彦 殿

提出日： 年 月 日

居室番号		利用者氏名	
外泊 内容	外泊先		
	出発時刻	年 月 日	時 分
	帰園時刻	年 月 日	時 分
	連絡先	電話番号：	
	移動手段		
	付添者氏名		

バイタル確認	異常なし ・ 異常あり（その後の対応： )			㊟ 看護職員
薬剤持参確認	薬剤なし ・ 受渡し完了			㊟ 看護職員
(出発日) 食事確認	朝食 あり なし	昼食 あり なし	夕食 あり なし	㊟ 介護職員
(帰園日) 食事確認	朝食 あり なし	昼食 あり なし	夕食 あり なし	㊟ 介護職員

施設長	施設長補佐	介護主任	看護主任	管理栄養士

※御家族に記入してもらわずに、必ず対応する職員が記入すること。バイタル・薬剤・食事確認はチェックした職員が押印すること。

# 外泊届

施設長 奥谷 幸彦 殿

提出日： 年 月 日

居室番号		利用者氏名	
外泊 内容	外泊先		
	出発時刻	年 月 日	時 分
	帰園時刻	年 月 日	時 分
	連絡先	電話番号：	
	移動手段		
	付添者氏名		

バイタル確認	異常なし ・ 異常あり（その後の対応： )			㊟ 看護職員
薬剤持参確認	薬剤なし ・ 受渡し完了			㊟ 看護職員
(出発日) 食事確認	朝食 あり なし	昼食 あり なし	夕食 あり なし	㊟ 介護職員
(帰園日) 食事確認	朝食 あり なし	昼食 あり なし	夕食 あり なし	㊟ 介護職員

施設長	施設長補佐	介護主任	看護主任	管理栄養士

※御家族に記入してもらわずに、必ず対応する職員が記入すること。バイタル・薬剤・食事確認はチェックした職員が押印すること。