

外 出 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 出 内 容	外出先					
	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	
食事確認	朝食	昼食	夕食	㊟
	あり なし	あり なし	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 出 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 出 内 容	外出先					
	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	
食事確認	朝食	昼食	夕食	㊟
	あり なし	あり なし	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。