

ご利用者 御持参備品確認表

リハビリ		チェック欄	チェック欄
●上履き			●
●			●
●			●
●			●

食事		チェック欄	チェック欄
●箸			●
●スプーン			●
●フォーク			●
●コップ			●
●小さなタオル			●
●薬があれば薬			●
●歯磨きセット			●

入浴		チェック欄	チェック欄
●バスタオル			●ビニール袋 (濡れたタオルを入れさせて頂きます)
●身体を洗うタオル			
●シャンプー			●
●リンス			●
●ボディシャンプー (石鹸)			●
●薬があれば薬			●
●くし			●

その他		チェック欄	チェック欄
●			●
●			●

※持ち物にはお名前を御願い申し上げます

※空いている空欄にはほかに必要なものがあればご記入ください