

外出許可願(受診用)

居室	階	丁目	番地	受付担当	主任・CM	施設長	受付年月日	
利用者氏名				様				年 月 日
ご家族氏名				様				作成者
(続柄)				年 月 日	年 月 日	年 月 日		

施設長殿
外出を希望しますので許可をお願いします。

* 太枠の中をご記入ください。

1. 理由

2. 期間

施設出発日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 時 _____ 分)

予定帰所日時： _____ (_____ 時 _____ 分)

お食事の止め： _____ 月 _____ 日 朝・午前おやつ・昼・午後おやつ・夕 から止め

病院名： _____ 月 _____ 日 朝・午前おやつ・昼・午後おやつ・夕 から開始

連絡先： _____

【施設側チェック欄】 お薬手帳 内服薬 フットレスト 栄養箋(有・無)
キリトリ (施設控え)

《外出される際の入所者様及びご家族様へ》

1. 施設医が指示していない病院/接骨院/整体等への受診はご遠慮ください。
施設へご入所中は、健康保険が適用となりません。また施設医の指示が必要となりますので、受診を希望される場合は事前にご相談ください。※施設よりお渡ししたお薬は必ず内服してください。
2. 禁止事項「飲酒/喫煙」「申請/事前相談がない外食」
飲酒や喫煙は禁止とさせていただきます。施設では食事について「安全」と「健康」に配慮をして提供しております。外食の内容に誤嚥や慢性疾患の悪化につながりますので、希望される際は事前にご相談ください。
3. お戻りの時間が予定より遅くなる場合は施設へご連絡ください。
お食事の用意などございますので宜しく願い致します。下記フロア直通番号か代表番号へご連絡ください。(代表)048-474
4. 転倒などの事故には十分にご注意ください。
万が一、転倒など事故が起きてしまった場合は施設へご連絡ください。

その他何かお困りのことがあれば、いつでもご連絡ください。

志木瑞穂の里 代表番号： 048-474-0324

(入所者様・ご家族様控え)