

紙おむつ等購入費支給 調査票

被保険者番号		氏 名		生年月日	T S H . .
--------	--	-----	--	------	---------------------

調査時の状況

現在介護度	ア 要支援（ ） ・ イ 要介護（ ） ウ 非該当 エ 介護保険対象外
障がい者手帳	ア ある（身体 療育 精神 級） イ ない 身体の場合障がいの内容 障がい名 _____ 級 _____ 種
住 居	ア 在宅 イ 入院（ 年 月～ 年 月退院見込） ウ 施設入所（ ）*施設入所は対象外です。
尿 意	ア ある イ ときどきある ウ ない
便 意	ア ある イ ときどきある ウ ない
排尿状況	ア おむつのみ イ 自宅トイレ又はポータブルトイレ利用 ウ 併用
排便状況	ア おむつのみ イ 自宅トイレ又はポータブルトイレ利用 ウ 併用
おむつ利用状況	ア 利用なし イ 1日中 ウ 昼間のみ エ 夜のみ ウ・エの場合の理由（ ）
1日の利用状況	紙 お む つ 枚 補助パッド 枚
	防水シート 枚
調査時点での 日常生活自立度	寝たきり度 認知症自立度
紙おむつが 必要な理由	（該当する項目に○をつけてください。複数可） ア 尿意・便意がときどき、またはないため失禁する。 イ トイレまでの距離が長く移動に時間がかかり我慢できず失禁する。 ①近くにトイレがあれば間にあう⇒ はい ・ いいえ ） いいえの場合の理由（ ） ウ 下肢及び体幹不自由で動けず、仕方なくおむつ内排泄している。 エ 失禁されては困るので予防のため。
その他	■対象者は紙おむつ等が汚れているのがわかりますか？ はい ・ いいえ ■対象者は紙おむつ等を自分で交換できますか？ はい ・ いいえ ■泌尿器科等で膀胱機能障害の治療を受けていますか？ はい ・ いいえ ストマの使用（有り・無し） 必要な理由（ ） ■介護者の積極的な協力がありますか？ はい ・ いいえ 介護者の年齢と関係 歳 配偶者・子
特記事項	■特におむつが必要（必要ない）と感じることを以下にご記入ください。

調査日 令和 年 月 日 事業所名 _____

調査者