

紙おむつ等給付判定審査票

1 対象者のかたは、在宅ですか。

☐ 在宅

☐ その他（施設名 ）

※病院・介護老人保健施設・特別養護老人ホーム、養護老人ホームへ入院・入所中は利用できません。

2 紙おむつ使用状況についてチェックし、状況を記入してください。

（1）1日に何枚おむつ・パットを使用しますか。（合計の枚数）

☐ 1～3枚 ☐ 4～6枚 ☐ 7枚以上

（2）おむつ・パットは誰がとりかえますか（複数回答可）

☐ 本人

☐ 配偶者

☐ 子供

☐ 子供の配偶者

☐ その他（ ）

（3）おむつ・パットの交換の回数は何回ですか。

☐ 午前（ ）回

☐ 午後（ ）回

☐ 夜間（ ）回

（4）おむつの種類は何ですか。（複数回答可）

☐ 平おむつ

☐ パンツ方式

☐ おむつカバー式

☐ 尿取りパッド

☐ その他（ ）

（5）排泄に関する特記事項（カテーテル等の有無、その他）

--