

紙おむつ等給付判定審査票

1 対象者の方は、在宅で生活していますか。

☐ はい

☐ いいえ （ 入院中 ・ 入所中 ） （ 施設名 ： ）

※入院中もしくは施設等へ入所中の場合は利用できません。

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・パッドを使用しますか。(合計の枚数)

☐ 1～3枚 ☐ 4～6枚 ☐ 7枚以上

(2) おむつ・パッド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・パッド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)

☐ テープ止めタイプ

☐ パンツタイプ

☐ 尿とりパッド

☐ 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)

--