

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・パットは誰がとにかえますか(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)

--