

寝たきり高齢者等紙おむつ申請者調査票（介護支援専門員・市保健師用）

調査日	年 月 日	調査員氏名	所属
-----	-------	-------	----

1 対象者氏名・住所・電話番号

ふりがな	住所 石狩市	電話番号 (0133) —
------	-----------	---------------

2 要介護認定

<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 該当 該当区分（要支援・要介護） <input type="checkbox"/> 非該当
<input type="checkbox"/> 未申請
<input type="checkbox"/> 申請中（ 年 月 日申請）

※ 2～5及び7は□欄の該当する箇所にチェックをしてください。

3 対象者の体の状態 ※介護保険の調査時の状態と異なる場合はその経過も明記してください。

ア 尿意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ない	経過	
イ 便意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ない		
ウ 寝たきり度	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> C
エ 認知症ランク	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III		<input type="checkbox"/> IV

必ず記入してください。

4 おむつを取り替える際の介助

<input type="checkbox"/> 全介助必要	<input type="checkbox"/> 一部介助必要	<input type="checkbox"/> 介助不要
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

5 おむつの使用状況

<input type="checkbox"/> 常時使用している <input type="checkbox"/> 昼間のみ使用している <input type="checkbox"/> 夜間のみ使用している	} ※その他の時間帯の排泄の状況に○をつけてください。 トイレ使用・ポータブルトイレ使用・その他（ ）
---	--

6 紙おむつ使用サイクル

※下方におむつを取り替える時間帯・取り替える人を記入してください。

0 . . . 3 . . . 6 . . . 9 . . . 12 . . . 15 . . . 18 . . . 21 . . . 24

--

品名（人）

例 

12 . . . 15 . . . 18
尿とりパッド（娘）

7 おむつの使用頻度 ※①・②のどちらかで記載してください。

種類	①	②
	1日平均枚数	最低枚数～最高枚数
<input type="checkbox"/> パンツタイプ	枚／1日	～ 枚／1日
<input type="checkbox"/> テープタイプ	枚／1日	～ 枚／1日
<input type="checkbox"/> フラットタイプ	枚／1日	～ 枚／1日
<input type="checkbox"/> 尿とりパッド	枚／1日	～ 枚／1日
<input type="checkbox"/> その他のタイプ タイプ名（ ）	枚／1日	～ 枚／1日

8 介護支援専門員・市保健師の意見（寝たきり・痴呆等の情報はこちらに記入してください。）

--

※ この調査票の内容について、ご家族・関係機関等に問い合わせをすることがありますので誤りのないように記入してください。