

## 紙おむつ給付について

※紙おむつは、常時使用していますか

使用しています

1	生活保護は受けていますか	はい・いいえ
2	年齢	歳
3	使用開始	年 月 日
	寝たきりの状態は、いつ頃か	年 月 日
	失禁状態は、いつ頃か	年 月 日
4	介護保険申請されていますか	はい・いいえ
	要介護状態区分は	要介護
5	紙おむつは、一日何枚使用していますか	枚
6	尿取りパットは、一日何枚使用していますか	枚
7	尿意はありますか	ある・ない
8	便意はありますか	ある・ない
9	7・8で「ある」の場合、詳しい状況（常時紙おむつを着用する必要がある状況）	
	<p>○ポータブルトイレへの移乗・利用（可・不可）                      移乗・利用不可の理由：</p>	
10	ターミナル※ですか ※医師が回復の見込みがないと判断した状態	はい・いいえ
11	（入院中の場合）退院予定はありますか	はい（ / 退院 ） いいえ
12	支給決定後のおむつ配達調整連絡先 ※後日、紙おむつ配達事業者から配達について連絡させていただきます。	
	氏名： _____ 本人との関係（ _____ ）	
	連絡先： Tel _____	
13	担当ケアマネジャー または 高齢者支援センター職員（ _____ ）	