

おむつ支給申請に係る状況調査票

利用者氏名		居宅支援事業所等名	
-------	--	-----------	--

日常生活の動作状況（□にチェックをしてください。）

項目	できる	見守り及び一部介助	全介助
移動及び歩行	<input type="checkbox"/> 杖や手すりを使用し介助なしに歩行ができる。	<input type="checkbox"/> 転倒の恐れがあり部分的な介助を必要とする。	<input type="checkbox"/> 筋力低下等により全介助である。（車イス等）
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なしでできる	<input type="checkbox"/> ズボンの上げ下げ等の部分的な介助を必要とする。	<input type="checkbox"/> 筋力の低下等により全介助である。
排泄行為	<input type="checkbox"/> 介助なしにできる。	<input type="checkbox"/> 杖や手すり等を使用しトイレまで移動して行う。 <input type="checkbox"/> 便座に座る際に部分的な介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 尿意や便意があるが間に合わず、週に <u> </u> 回程度失禁してしまう。	<input type="checkbox"/> 便座への着座・衣服の着脱等介助なしで行えない。 <input type="checkbox"/> 尿意や便意があるが間に合わず、ほぼ毎日失禁してしまう。
おむつ使用	—	<input type="checkbox"/> 就寝時や外出時など、一時的な利用あり。	<input type="checkbox"/> 常時おむつを使用している
意思疎通	<input type="checkbox"/> 日常会話もでき特に問題ない	<input type="checkbox"/> 認知症があり、通じるときとそうでないときがある。	<input type="checkbox"/> 認知症があり、ほとんど通じていない。

以上、上記の記入内容に相違ありません。

年 月 日

記入者（ケアマネジャーに限る）