

# おむつ調査書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 利用者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 住 所                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 氏 名                                                                                                                                                                                                      |  |
| 傷病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |  |
| 臥床の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 起居の動作が困難なため、常時臥床している。<br><input type="checkbox"/> 日光浴等のための離床時間を除いて、いつも臥床している。<br><input type="checkbox"/> 精神活動の低下が著しく、常時生活介助を要する。<br><input type="checkbox"/> 1日平均3時間以上、離床している。 |  |
| 排泄の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 常時おむつまたは便器を使用している。<br><input type="checkbox"/> 常時他の介助がなければ、便所へ行くことができない。<br><input type="checkbox"/> ひとりで便所へ行くことができる。                                                           |  |
| 現在のよう<br>な状態にな<br>った時期                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div style="text-align: center;">年                  月頃から</div>                                                                                                                                           |  |
| 今後の継続<br>の見込                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 比較的短期間のうちに回復する見込み。<br><input type="checkbox"/> 回復までには長時間を要する。                                                                                                                   |  |
| 上記のとおり、現に治療を継続中であり、おむつの使用が必要であることを証明する。<br><br><div style="text-align: center;">年      月      日</div><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>医療機関名</div> <div>⑩</div> </div><br><br><div style="text-align: center;">所在地</div><br><br><div style="text-align: center;">医師名（サイン）</div> |                                                                                                                                                                                                          |  |

※各該当する□に    レ    を記入してください。

上記に該当するかどうかわからない場合は、予め医師に相談してください。  
 その上で対象となる場合に医師に記入してもらってください。