

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。 <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。 <input type="checkbox"/> 精神活動の低下が著しく、常時生活介助を要する。 <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。 <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。 <input type="checkbox"/> ひとりで便所へ行くことができる。	
現在のよう な状態にな った時期	年 月頃から	
今後の継続 の見込	<input type="checkbox"/> 比較的短期間のうちに回復する見込み。 <input type="checkbox"/> 回復までには長時間を要する。	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 (印)</p>		

※ 各該当する□に 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。