

おむつ調査書

利用者	住 所	
	氏 名	
傷病名		
臥床の状況	☐ 起居の動作が困難なため、常時臥床している。 ☐ 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。 ☐ 精神活動の低下が著しく、常時生活介助を要する。 ☐ 1日平均3時間以上、離床している。	
排泄の状況	☐ 常時おむつまたは便器を使用している。 ☐ 常時他の介助がなければ、便所へ行くことができない。 ☐ 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	☐ 比較的短期間のうちに回復する見込み。 ☐ 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。 年 月 日 医療機関名 (印) 所在地 医師名（サイン）		

※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。