

在宅高齢者等保健福祉推進事業利用者（紙おむつ利用） 個票

記入年月日		令和 年 月 日		記入者氏名		対象者との関係		
利用対象者		氏名		住所				
基本事項	現在の生活状況	1 自宅療養	2 入院又は入所等 施設名 入院月日 年 月 日～	※申請時に入院、入所又は施設利用し、自宅にいない方はサービスの該当になりません。				
	現在の要介護度	要介護 2・3・4・5（該当を○で囲む）						
	現在の一日の紙おむつの使用状況	1 一日中使用		2 昼、夜又は外出時のみ使用		※2のみの場合は、該当になりません。		
		1 紙おむつ又はパンツと紙パットを併用		2 尿取りパットのみ				
		① 紙おむつ（ ）枚 ② 紙パンツ（ ）枚 ③ 紙パット（ ）枚						
		身体障害手帳あり（ ）						
家族	家族構成	1 単身 2 高齢者世帯 3 高齢者と子の世帯 4 その他（ ）						
健康状況	現在の疾患名 通院・往診等	疾患名	かかりつけの医者	通院状況 回/週 ・月				
	主な既往疾患							
	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり(詳細)						
	視力	1 問題なし 2 問題あり(詳細)						
	聴力	1 問題なし 2 問題あり(詳細)						
	排泄の状況 ※全て①の場合は、該当になりません。 可能性があります。	★排泄場所までの移動及び移乗		①一人でできる ②介助が必要（ ）				
		★排泄時の着脱動作		①一人でできる ②介助が必要（ ）				
★後始末（拭く・水を流す・ポータブルトイレ・尿器の後始末）		①一人でできる ②介助が必要（ ）						
★おむつの交換		①一人でできる ②介助が必要（ ）						
特記事項								