

いなべ市在宅高齢者等おむつ給付申請書

年 月 日

社会福祉法人 いなべ市社会福祉協議会 様

申請者 氏名 _____ 続柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____

介護支援専門員 (ケアマネジャー) 事業所名 _____ 担当 _____

この申請は、 右の4項目全てに該当 する方が対象です。		<input type="checkbox"/> いなべ市に住民登録があり、かつ居住している ※月の半数以上を在宅で生活している <input type="checkbox"/> 要介護度が、4以上である <input type="checkbox"/> 常時おむつを使用している <input type="checkbox"/> 退院後1か月以上経過し、心身状態が安定している
対 象 者	ふりがな	
	氏 名	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
	住 所	いなべ市
	電話番号	- -
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (満 歳)
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
主な見守り者		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 同居家族 (離れ含む) <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()

※「介護保険被保険者証」の複写 (コピー) を合わせて提出してください。

質問項目	選択項目
おむつを必要とする原因 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> ADL (日常生活動作) の低下により、自力で排泄できない <input type="checkbox"/> 尿意や便意の感覚がない <input type="checkbox"/> 認知症などにより、トイレでの排泄行為が理解できない <input type="checkbox"/> トイレ移動が間に合わない <input type="checkbox"/> 自力で衣服の着脱ができない <input type="checkbox"/> 寝たきり状態 <input type="checkbox"/> その他 ()
主な排泄場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 ()

*個人情報の取り扱い

申請内容は、当協議会と関係機関との必要な連絡調整以外は使用しません。
この事項を確認の上、個人情報の取り扱い同意に署名をお願いします。

同意

署名 _____ (印)

※裏面もご記入ください

社協受付印

※署名は、本人または申請者

対象者の身体状況や生活環境をお教えてください。

質問項目		選択項目			
1. 家族構成		<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 家族同居	<input type="checkbox"/> その他
2. ADL（日常生活動作）		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
3. 認知能力		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや低下	<input type="checkbox"/> 低下	
4. コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや苦手	<input type="checkbox"/> 苦手	<input type="checkbox"/> 不可能
5. 外出状況		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> ほとんどない
6-1. 介護状況（全体）		<input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
6-2. 排泄行為に対する介助		<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 時に必要	<input type="checkbox"/> ほとんど必要	<input type="checkbox"/> 毎回必要
6-3. 排泄時の衣服汚染状況		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
7. 1日のおむつ交換回数(平均)		<input type="checkbox"/> 1～2回	<input type="checkbox"/> 3～5回	<input type="checkbox"/> 6回以上	
8. 利尿剤・下剤の使用		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 必要時に使用	<input type="checkbox"/> 毎日使用	
9. 身体状況	座位	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可能	
		<input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能		<input type="checkbox"/> 難しい	
	立位	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能	
		<input type="checkbox"/> 不安定		<input type="checkbox"/> 難しい	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能	
		<input type="checkbox"/> 不安定		<input type="checkbox"/> 難しい	
歩行	<input type="checkbox"/> 問題ない	<input type="checkbox"/> 不安がある	<input type="checkbox"/> 補助具が必要	<input type="checkbox"/> 難しい	
※補助具	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一本杖	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> その他	
10. 介護サービス利用時の （デイサービスなど）排泄状況		<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 自宅と相違なし <input type="checkbox"/> 必要時に介助でトイレに行く <input type="checkbox"/> 定時（食事前やおやつ前など）に見守りや介助でトイレに行く <input type="checkbox"/> その他（ ）			

*1日平均のおむつ使用状況

品名	種類	サイズ ※○印	1日の使用量
おむつ	<input type="checkbox"/> パンツ型（レギュラー）	S・M・L・LL（吸収540ml）	約 枚
	<input type="checkbox"/> パンツ型（スリム）	S・M・L・LL（吸収300ml）	約 枚
	<input type="checkbox"/> テープ止め型	S（560ml） M（580ml） L（600ml） 横もれ防止大L（吸収850ml）	約 枚
パッド	<input type="checkbox"/> パンツ用パッド	（吸収300ml）	約 枚
	<input type="checkbox"/> 男女兼用レギュラー	（吸収330ml）	約 枚
	<input type="checkbox"/> 夜一枚安心パッド	（吸収750ml）	約 枚
シート	<input type="checkbox"/> フラットタイプ（30×72cm）	（吸収300ml）	約 枚

※申請分すべてを給付できないことがあります。 ※支給内容は、月単位で変更が可能です。