

日常生活動作 (ADL) 確認票 (紙おむつ代助成対象者認定用)

助成対象者 氏名			
記入日	年 月 日	記入者	続柄 ()

※申込者 (ご親族やケアマネジャー等) がご記入ください。

助成対象者の状態として、一番近いところに○を付けてください。

1	移乗や移動について	
	<input type="radio"/>	(1) 介助されずにできる。
	<input type="radio"/>	(2) 見守り程度でできる。
	<input type="radio"/>	(3) 介助されている。できない。・行っていない。
2	ズボン等の着脱について	
	<input type="radio"/>	(1) 介助されずにできる。
	<input type="radio"/>	(2) 見守り程度でできる。
	<input type="radio"/>	(3) 介助されている。
3	排泄について	
	<input type="radio"/>	(1) 介助されずにできる。
	<input type="radio"/>	(2) 見守り程度でできる。
	<input type="radio"/>	(3) 介助されている。
4	オムツ等について (リハビリパンツやパッドを含みます。)	
	<input type="radio"/>	(1) 使用していない。
	<input type="radio"/>	(2) 常時ではないが、使用している。
	<input type="radio"/>	(3) 常時使用している。
5	入院期間の見込み	
	<input type="radio"/>	(1) 短期間 (30 日以内) で退院する見込みである。
	<input type="radio"/>	(2) 31 日以上入院する見込みである (転院を含む。)
	<input type="radio"/>	(3) 入院期間はわからない。