現在の利用者様の状況について　（別紙-表）

【１】　紙おむつおよび尿とりパッドの利用頻度について

1. ５枚以上／日　**2.** ３～４枚程度／日　**3.** ２～１枚程度／日
4. １枚／日　**5.** その他（具体的に記載下さい　　）

【２】　紙おむつ必要な状況をお書きください。
（例　ねたきりのため、認知症のため、トイレまで間に合わない　など）

【３】　尿意についてお聞きします。

1. 尿意あり　**2.** 尿意なし

【４】　失禁についての通院（服薬）はされていますか？

1. 通院している　**2.** 通院していない

【５】　通所・訪問型サービスは利用されていますか？

1. 通所型サービスを利用している
〔事業所名：　利用曜日：
利用時間：　時　分～　時　分〕

2. 訪問型サービスを利用している
〔事業所名：　利用曜日：
利用時間：　時　分～　時　分〕

3. 利用していない

【６】　現在、草津市内に在宅ですか？

1. 草津市内に在宅である　**2.** 草津市内に在宅ではない
（草津市外在住・入院・入所）

≪利用者氏名≫　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【ケアマネジャー確認欄】
上記利用者が紙おむつおよび尿とりパッドが必要であることを確認しました。

居宅介護支援事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿