

紙おむつ給付に係る意見書

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 —		
障害の程度及び状況	☐ 療育手帳(A判定)を所持している方 (②③を記入してください)		
	☐ 脳性麻痺等脳原性運動機能障害による身体障害者手帳を所持している方(①③を記入してください)		
	① 肢 体 障 害 の 状 況	●肢体障害の原因となる疾病 (疾病名)	
		① <発症時期> 年 月 日 ※該当するものにチェックしてください ☐ 脳原性運動機能障害に該当する。(※乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変による姿勢及び運動の異常) ☐ 乳幼児期に発現した脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する障害に該当する。(脊髄性麻痺等の全身障害)	
		●障害の状況	
		※該当するものにチェックしてください。(すべてにチェックが入ることが紙おむつの給付要件です。) ☐ 下肢障害、体幹機能障害又は移動機能障害のため、自力でトイレに行くことができない。 ☐ 脳原性運動機能障害等により排尿や排便のコントロールが困難である。	
		② <意思疎通の方法> 会話が可 ・ 単語程度で可 ・ 動作で可 ・ 表情等で介護者が読み取る ・ 不可 <尿意・便意の伝達> 可(言語 / 動作 / 表情等) ・ 不可 ※意思伝達の状況について、その他特記事項があればご記入ください。 ()	
③ <排尿・排便の方法> 自立 ・ 介助があれば便器で可 ・ 排泄補助用具を使用して介助 ・ おむつ使用 <紙おむつの使用状況> 常時 ・ 夜間のみ ・ 外出時のみ ・ その他() ・ 不使用 <紙おむつの必要性に関する意見> ()			
☐ ぼうこう又は直腸機能障害をお持ちの方			
【ストーマ造設日】 年 月 日			
障害の状況	【ストーマ周辺の皮膚の著しいびらん】 (有 ・ 無) / 軽快の見込み (有 ・ 無)		
	【ストーマ変形】 (有 ・ 無) / 軽快の見込み (有 ・ 無)		
	<給付の用具名及び必要性に関する意見> ()		
年 月 日 病院名称 所在地 医師氏名 印			