

日常生活用具意見書(紙おむつ用)

ふりがな		生年月日	大・昭	年 月 日()歳
氏名			平・令	
住所	白杵市大字 白杵市大字野津町			
生活の場所	在宅 ・ 入所中(施設名)			
身体障害者 手帳所持者	手帳 等級	種 級 大分県第 号	手帳の障害名(身体障害者手帳の「障害名」の欄の内容を記載してください)	
難病患者等	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に 支援するための法律施行令に規定する疾患名		要介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5
有・無	有の場合疾患名を		有・無	期間:(年 月 日 ~)
障 が い の 状 況	必要な日常生活用具の名称(該当するものに☑) ※その他の場合は用具名を記入			
	<input type="checkbox"/> ①ストマの著しい変形もしくはストマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストマ用具を装着できない			
	<input type="checkbox"/> ②先天性疾患(選定性鎖肛を除く)に起因する神経障がいによる高度の排尿又は排便機能障がいがある			
	<input type="checkbox"/> ③先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障がいがある			
	<input type="checkbox"/> ④脳性麻痺等脳原性運動機能障がいにより排尿もしくは排便の意思表示が困難である			
	1, 傷病名 _____			
	2, 発生時期 (年 月 日)			
	排 尿	方 法	おむつ・身体障がい者用トイレ・様式トイレ・膀胱留置カテーテル・ストマ・その他()	
		自 立 度	全介助・一部介助・誘導で可能・整った環境や設備で自立・自立	
	排 便	方 法	おむつ・身体障がい者用トイレ・様式トイレ・ストマ・摘便介助・その他()	
	自 立 度	全介助・一部介助・誘導で可能・整った環境や設備で自立・自立		
意思表示が困難 と判断した理由 (言語や動作での意思表示が困難な状況をご記入ください)				
今後、排泄機能障がい が改善される見込		有(理由)・無		
<small>参考となる合併症状(「けいれん」、「難聴」、「視覚障がい」等を記入)</small>				
上記、日常生活用具が必要な理由および使用効果				
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 科 医師氏名 (署名又は記名押印)				

※3歳以上の者

※専門科の医師が意見書を作成してください。

※意見書の有効期限は作成日から3カ月です。

※意見書の内容について、問い合わせをさせていただくことがあります。