|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日常生活用具　　交付・意見書　（紙おむつ用） | | | | | |
| 氏　名 | |  | | 生年月日 | 大・昭・平・令  年　　月　　日生 |
| 住　所 | |  | | | |
| 障　　　害　　　名 | | | 身体障害者手帳　　種　　級 | | |
| 原因となった疾病・外傷名及び疾病・外傷発生年月日 | | | 年　　月　　日発生 | | |
| 診　　断　　項　　目（全項目を記入して下さい） | | | | | |
| 身 体 の 状 況 | 1　座位能力　（例：洋式便座に座れますか）  　　支持無く可能　　背もたれで可能　　支持装置で可能　　いずれも不可  2　移動能力  　　歩行可能　介助歩行可能　車いす自走可能　電動車いす操作可能　いざり等可能　移動不可能  3　移乗能力　（例：車いす⇔便座などの乗り移り）  　　自立　　要監視　　要介助　　不可能 | | | | |
| 意 思 伝 達 の 状 況 | 1. 口語での意思疎通   　可能　　幼稚ながら可能　　やや可能（単語程度）　　ほぼ不可能　　不可能   1. 便意・尿意の意思伝達　[便意のみ、尿意のみ、便意・尿意いずれも]   　言語で可能　　動作で可能　　不可能  ※不可能の場合はその原因を記述してください。（例：知的障害、知覚障害等）  【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | |
| 排　泄　の　状　況 | 1. おむつの使用状況   　不使用　　外出時のみ　　施設（学校または福祉施設）内　　就労中　　家庭内  　（夜間　　日中　　全日）　　　　　（使用枚数　　　　　　　枚／日）   1. 排尿・排便の際使用しているもの   　膀胱留置カテーテル　　膀胱瘻　　ストマ　　摘便介助　　その他   1. 現在排泄は   　自立　　整った環境・整備で自立　　誘導で可能　　半介助　　全介助  ※自立でない場合は以下の条件ではどうですか  　〇時間誘導で排泄は　　　　　　　　　　　　　可能　　　　不可能　　　　判断困難  　〇支持装置（排泄補助具等）があれば排泄は　　可能　　　　不可能　　　　判断困難  　〇介助者がいれば便器での排泄　　　　　　　　可能　　　　不可能　　　　判断困難 | | | | |
| 上記のとおり日常生活用具（紙おむつ）の必要が認められる。  　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　病院（診療所）名    　科　医師名 | | | | | |