

日常生活用具給付意見書（紙おむつ等）

|  |  |                 |            |          |
|--|--|-----------------|------------|----------|
| 障がい者   | 住 所  |                 |            |          |
|  | 氏 名  |                 |            |          |
|  | 生年月日   | 大・昭・平・令         | 年          | 月 日生（ 歳） |
| 身体障害者手帳  |  | 障がい名 ( ) 級      |            |          |
| 療 育 手 帳  |  | 有 ( A ・ B ) ・ 無 |            |          |
| 疾 患 名  |  |                 | 発 症<br>年月日 |          |
| 現症<br>障 害 の 部 位<br>及びその状況  | 身体状況<br>麻 痺（種類：□痙性 □弛緩性）<br>（程度：□軽 □中 □重）<br>関 節 拘 縮（部位：□肩 □肘 □股 □膝）<br>（程度：□軽 □中 □重）<br>不随意運動（部位：□上肢 □下肢 □体幹 □頭頸部）<br>褥 瘡（部位： / 程度：□軽 □中 □重）<br>意 識 障 害（□有 □無 / 有れば程度：□軽 □中 □重）<br>尿意の意思表示（□可能 □困難 □不可能）<br>便意の意思表示（□可能 □困難 □不可能）<br>その他特記すべき事項 |                 |            |          |
| 代替用具の名称<br>及 び 処 方   | <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 脱脂綿 <input type="checkbox"/> サラシ <input type="checkbox"/> ガーゼ   |                 |            |          |
| 上記の代替用具が<br>必要な理由 及び<br>利 用 状 況 等                                | 排尿 失禁：□有 □無<br>回数：1 日 回<br>排便 失禁：□有 □無<br>回数：1 日 回、 日位に1回<br>性状：□普通便 □泥状 □水様   |                 |            |          |
| その他参考事項  | 介護に関する意見等  |                 |            |          |
| 上記のとおり代替用具の必要を認める。<br>年 月 日<br>医療機関名<br>所 在 地<br>診療担当科名 科 医師氏名 印 |  |                 |            |          |