

日常生活用具意見書(紙おむつ用)

氏名		生年月日	西暦 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 ( 歳 )
住所			
傷病名		発症年齢	歳
障害の状況	◎ 概ね3歳未満で発症した脳性麻痺等の非進行性脳病変による脳原性運動機能障害の有無 ( 有 ・ 無 ) * 必ず記入してください  (全身所見、合併症、ADLなどを記入してください)		
身体の状態	1 座位能力(該当するものに○をして下さい。) 支持無く可能 ・ 背もたれで可能 ・ 支持装置で可能 ・ いずれも不可能 2 移動能力(該当するものに○をして下さい。) 歩行可能 ・ 介助歩行可能 ・ 車いす自操可能 ・ 電動車いす自操可能 いざり等可能 ・ 移動不可能		
意思表示の状況	1 尿意の意思表示(該当するものに○をして下さい。) 言語で可能 ・ 動作で可能 ・ 不可能 2 便意の意思表示(該当するものに○をして下さい。) 言語で可能 ・ 動作で可能 ・ 不可能		
排泄の状況	1 現在の排泄は(該当するものに○をして下さい。) 自立 ・ 整った環境、設備で自立 ・ 誘導で可能 ・ 全介助 * 自立でない場合、以下の条件ではどうですか。 ○ 時間誘導で排泄は 可能 ・ 不可能 ○ 排泄補助具等、支持装置があれば排泄は 可能 ・ 不可能 ○ 介助者がいれば便器等での排泄は 可能 ・ 不可能 2 紙おむつの使用状況(該当するものに○をして下さい) 不使用 ・ 外出時のみ ・ 夜間のみ ・ 全日使用 3 排泄での紙おむつの必要性(該当するものに○をして下さい) 紙おむつでなくてもよい ・ 紙おむつを使用する場合がある ・ 常時紙おむつである		
以上のとおりです。 医療機関名 年 月 日 医師名			