

|                                                     |                                                                                                                            |                               |      |            |     |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|------------|-----|
| 日常生活用具費支給 意見書（紙おむつ用）                                |                                                                                                                            |                               |      |            |     |
| 氏名                                                  |                                                                                                                            |                               | 生年月日 | 年 月 日生（ 歳） | 男・女 |
| 住所                                                  |                                                                                                                            |                               |      |            |     |
| 障害名                                                 |                                                                                                                            |                               |      |            |     |
| 原因となった疾病名<br>及び発症年月日                                |                                                                                                                            | 年 月 日発症 脳原性と 【 認められる・認められない 】 |      |            |     |
| 身体障害者手帳                                             | 障害名                                                                                                                        |                               |      |            | 種 級 |
| 診断項目（全項目記入してください）                                   |                                                                                                                            |                               |      |            |     |
| 身体<br>の<br>状<br>況                                   | 1 日常的な座位能力（洋式便器に座れるか）<br>端座位可能 床座位可能 背もたれ座位可能 座位保持困難                                                                       |                               |      |            |     |
|                                                     | 2 日常的な立位能力<br>立位保持可能 つかまり立ち可能 介助立位可能 立位保持困難                                                                                |                               |      |            |     |
|                                                     | 3 日常的な歩行能力<br>独歩 杖歩行 松葉杖歩行 伝い歩き歩行 介助歩行 歩行困難                                                                                |                               |      |            |     |
|                                                     | 4 日常的な移動能力<br>介助なし歩行可能 介助歩行 車いす自走可能 電動車いす操作可能<br>いざり等可能 移動不可能                                                              |                               |      |            |     |
|                                                     | 5 移乗能力（車椅子⇄便座などの乗り移り）<br>自立 要監視 要介助 不可能                                                                                    |                               |      |            |     |
| 意思<br>伝<br>達<br>の<br>状<br>況                         | 1 口頭での意思疎通<br>可能 幼いが可能 やや可能（単語程度） 特殊な方法を使えば可能（絵カード、写真等）<br>ほぼ不可能 不可能                                                       |                               |      |            |     |
|                                                     | 2 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】<br>言語で可能 動作（サイン）で可能 不可能<br>*不可能の場合は、その原因を記述してください。（知的障害、知覚障害など）<br>[ ]                  |                               |      |            |     |
| 排<br>泄<br>の<br>状<br>況                               | 1 おむつの使用状況<br>不使用 外出時のみ 学校・施設内 家庭 その他                                                                                      |                               |      |            |     |
|                                                     | 2 現在の排泄<br>自立 整った環境整備で自立 誘導で可能 半介助 全介助<br>*自立でない場合は以下の条件ではどうなりますか。<br>○時間誘導で排泄は 可能 不可能 判断困難<br>○介助者がいれば便器での排泄は 可能 不可能 判断困難 |                               |      |            |     |
| 上記のとおり日常生活用具の必要性が認められる。<br>年 月 日<br>病院（診療所）名<br>医師名 |                                                                                                                            |                               |      |            |     |