

日常生活用具給付意見書

(紙おむつ等用)

氏名		男・女	明大昭平	令	年	月	日生
住所	福岡市 区		電話 ( )				
障がい名			身障手帳	級			
			療育手帳	A・B・無			
傷病名			受傷(発症)	年 月 日			
障がいの状況	[身体障がい]						
	[知的障がい]						
診断項目 (全項目に記載及びチェックしてください。)							
必要とする排泄管理支援用具 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
身体 の 状 況	1 座位能力 (例: 洋式便器に座れますか。) <input type="checkbox"/> 支持なく可能 <input type="checkbox"/> 支持装置で可能 (排泄補助具等) <input type="checkbox"/> いずれでも不可能						
	2 移動能力 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 介助歩行可能 <input type="checkbox"/> 車いす自走可能 <input type="checkbox"/> 電動車いす操作可能 <input type="checkbox"/> いざり等可能 <input type="checkbox"/> 移動不可能						
	3 移乗能力 (例: 車いす⇄便座などの乗り移り) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可能						
意志 伝 達 の 状 況	1 口語での意志疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 幼稚ながら可能 <input type="checkbox"/> やや可能 (単語程度) <input type="checkbox"/> ほぼ不可能 <input type="checkbox"/> 不可能						
	2 便意・尿意の意志伝達 <input type="checkbox"/> 言語で可能 <input type="checkbox"/> 動作で可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ※不可能の場合はその原因を記述してください。 ( )						
排 泄 の 状 況	1 上記用具の使用状況 <input type="checkbox"/> 外出時のみ <input type="checkbox"/> 施設内 (学校又は福祉施設) <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 全日						
	2 現在排泄は <input type="checkbox"/> 整った環境・設備で自立 <input type="checkbox"/> 誘導で可能 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	3 介助による定時排泄は <input type="checkbox"/> 可能であるが、上記用具が必要な場合がある <input type="checkbox"/> 可能であるが、常時上記用具を使用することが望ましい <input type="checkbox"/> 不可能であり、常時上記用具を使用しなければならない						
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関名 診療科目名 医師名							