日常生活用具給付意見書（紙おむつ用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住所 | 加古郡播磨町 | | | | |
| 疾病名 |  | | | | |
| 必要とする用具 | いずれかに○　　　　　紙おむつ　　　　さらし・ガーゼ等衛生用品 | | | | |
| 用具を必要とする理由 | 項目 | | | いずれかに○ | |
| ●高度の排便機能障害を有する者（該当の場合は下記１～３を記入） | | | 該当 | 非該当 |
| １、ストーマの著しい変形若しくはストーマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストーマ用装具を装着できない者 | | | 該当 | 非該当 |
| ２、先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する者 | | | 該当 | 非該当 |
| ３、難病患者等であって排便機能障害があると医師が診断した者 | | | 該当 | 非該当 |
| ●二分脊椎症により直腸機能障害及びぼうこう機能障害のある  　者 | | | 該当 | 非該当 |
| ●脳原性運動機能障害を有し意思表示困難な者であって、３歳  以上の者（該当の場合は下記①～③を記入） | | | 該当 | 非該当 |
| 1. 身体障害の原因となる疾病 | | | 脳性麻痺・低酸素性能障害・頭蓋内出血・髄膜炎・脳炎・頭部外傷・低血糖症・核黄疸・  その他（　　　　　　　　　） | |
| 1. 上記の疾病等の発生時期 | | | ３歳未満 | ３歳以上 |
| 1. 排泄の状況　と意思伝達 | ア、自力でトイレに行けない | | 該当 | 非該当 |
| イ、自力で便座（排便補助用具の使用を含む）に座ることができない | | 該当 | 非該当 |
| ウ、介助による定時排泄ができない | | 該当 | 非該当 |
| エ、排尿・排泄の意思表示ができない | | 該当 | 非該当 |
| 備考 | | | | |
| 紙おむつ使用状況 | 紙おむつの使用 | | | 常時使用している | 使用していない |

上記のとおり日常生活において用具が必要である。

年　　月　　日

医療機関名

　　所在地

医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※裏面の注意書きをご覧の上、ご記入ください。

注意

　この意見書は、用具の種目である紙おむつ等（紙おむつ、洗腸用具）の給付の可否を決定する

ための資料の一つとなるものです。

　この意見書で、給付できる内容の記載がされていても、障害者手帳の記載内容、補装具費の支

給状況、他の日常生活用具の給付状況などで矛盾する点があると給付決定されないことがありま

すので、ご了承ください。

　また不明な点がありますと給付の決定ができないことがありますので、正確にご記入ください。

【紙おむつ等の給付要件】

身体障害者手帳で排便又は排尿機能障害が確認でき、以下のいずれかに該当する者で紙おむつ

等を必要とする者（初めての申請の時に医師の意見書が必要）

●高度の排便機能障害を有する者

　ストーマの著しい変形若しくはストーマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストーマ用装具を

装着できない者

先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する者

難病患者等であって排便機能障害があると医師が診断した者

●二分脊椎症により直腸機能障害及びぼうこう機能障害のある者

●脳原性運動機能障害を有し意思表示困難な者であって、３歳以上の者

加古郡播磨町