

荏田町障がい者等日常生活用具給付意見書（紙おむつ等用）

ふりがな 氏 名	(年 月 日生 歳)	
住 所		
病 名	(発生 年 月 日)	
用具を必要とする理由	項目	該当箇所に○
	1) ストーマ用装具の対象者要件に該当する者であって、皮膚のただれやストーマの変形、治癒困難な腸瘻の形成状態等の理由により、ストーマ用装具の装着が困難	
	2) 脳原性運動機能又は下肢若しくは体幹機能障害 2 級以上で、次の(1)から(3)いずれにも該当する者。(3 歳以上)	
	(1) 自力移動及び移動の介助に著しい困難を伴う者	
	(2) 重度の知的障害、認知症、神経因性膀胱又は失語症等による言語機能障害等により尿意、便意の意思表示が困難な者	
	(3) 定時排泄等の排泄コントロールが困難で、排泄障害により現在及び将来に渡って紙おむつ以外での対応が困難な者	
	3) ぼうこう、直腸の機能障害を有する右の(1)と(2)いずれにも該当する者。ただし医師の指示に基づく排泄管理方法を講じてもなお頻回な紙おむつ交換を必要とすること、もしくは完全尿失禁又は完全便失禁を伴うこと	
	(1) 先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害による高度の排尿機能障害若しくは排便機能障害のある者、又は先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のある者	
	(2) 排泄対応において常時の紙おむつ使用を必要とする者	
	4) 児童相談所等において知的障がい者等として判定され障害の程度が重度又は最重度であるもので、尿意又は便意の意思表示かつ定時排泄が困難な者である者。(3 歳以上 65 歳未満の者)	
	5) 外傷等の理由により身体障がい者手帳の交付を受けた者で障害の等級が 1 級及び 2 級の者で、次の(1)と(2)いずれかに該当する者。(3 歳以上 65 歳未満)	
	(1) 排尿・排便機能障害のため常時紙おむつが必要と認められる者	
(2) 遷延性意識障害等により排泄の意思表示が困難で常時紙おむつが必要と認められる者		

上記のとおり診断する

年 月 日

所 在 地

医療機関名

診療担当科名

医 師 名

○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、日常生活用具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。ただし種目名「紙おむつ等」には使用できませんのでご注意ください。

この意見書で、給付すべき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を総合的に審査した結果、給付決定されないこともありますので、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。