|  |
| --- |
| 日常生活用具給付・意見書（紙おむつ用） |
| 氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | 男・女 |
| 年　　月　　日生 |
| 住所 | 雲仙市　　　　　　　町　　　　　　　　　　　　番地 |
| 障害名 |  |
| 身体障害者手帳　　　種　　　級 |
| 原因となった疾病・外傷名及び疾病・外傷発生年月日 |  |
| 　　年　　月　　日発生 |
| 再認定の要否 | 要　（　　　　年度再認定）・　　否 |
| 診断項目（全項目を記入してください） |
| 身体の状況 | １．座位能力　（例：様式便座に座れますか）ア．支持無く可能　イ．背もたれで可能　ウ．支持装置で可能　エ．いずれも不可２．移動能力ア．歩行可能　イ．介助歩行可能　ウ．車いす自走可能　エ．電動車いす操作可能オ．いざり等可能　カ．移動不可能３．移乗能力　（例：車いす⇔便座などの乗り移り）ア．自立　イ．要監視　ウ．要介護　エ．不可能 |
| 意思伝達の状況 | １．口語での意思疎通ア．可能　イ．幼稚ながら可能　ウ．やや可能（単語程度）　エ．ほぼ不可能オ．不可能２．便意・尿意の意思伝達ア．便意のみ　イ．尿意のみ　ウ．便意尿意いずれもア．言語で可能　イ．動作で可能　ウ．不可能 |
| ※不可能の場合は、その原因を記述してください（例：知的障害、知覚障害等）原因： |
| 排泄の状況 | １．おむつの使用状況ア．不使用　イ．外出時のみ　ウ．施設（学校又は福祉施設）内　エ．就労中オ．家庭内○使用時間　ア．夜間　イ．日中　ウ．全日　　○使用枚数　　　　枚／日２．排尿・排便の際、使用しているものア．膀胱留置カテーテル　イ．膀胱瘻　ウ．ストマ　エ．摘便介助　オ．その他３．現在排泄はア．自立　イ．整った環境・設備で自立　ウ．誘導で可能　エ．半介　オ．全介助 |
| ※自立で無い場合は、以下の条件ではどうですか○時間誘導で排泄は　　　　　　　　　　　　ア．可能　イ．不可能　ウ．判断困難○支持装置（排泄補助具等）があれば排泄は　ア．可能　イ．不可能　ウ．判断困難○介助者がいれば便器での排泄は　　　　　　ア．可能　イ．不可能　ウ．判断困難 |
| 上記のとおり日常生活用具の必要が認められる。令和　　年　　月　　日病院（診療所）名　　　　　科　医師名 |

脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿若しくは排便の意思表示が

困難な者を対象とする紙おむつの交付に係る認定基準等について

対象者

紙おむつの交付対象となる脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿若しくは排便の意思表示が困難な者とは、次の１～３の全てに該当する者であること。

１．乳幼児期以前（概ね３歳以前）に非進行性の脳病変によってもたらされた運動機能障害であること

２．脳性麻痺等による肢体の機能障害の１級又は２級の者で、便意若しくは尿意の意思表示が困難であり、恒久的に紙おむつを必要とする者であること。

３．健常児でも概ね３歳までは紙おむつを必要とすることから、交付対象となるのは概ね３歳以降の者であること。

再認定の要否

１．障害の状況の変化が予測される者は、要に○をし（　　年度再認定）に再認定期限）に再認定期限を記入してください。

２．障害の状況が固定している者は、否に○をしてください。