日常生活用具（紙おむつ等）意見書

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	S・H	年	月	日	歳	
住所										
現病歴	※発症した時期及び病名（原疾患以外の病気の既往歴も記入してください。） 年 月 日： 年 月 日： 年 月 日：									
障害の程度及び状況	障害の状況	<身体障害の程度> ・歩行 可能 支持や介助があれば可能 不可 ・立位 可能 支持や介助があれば可能 不可 ・補装具の使用状況 下肢装具 歩行器 車いす（自操可 自操不可） 座位保持装置 その他（ ） ・座位 安定 不安定だが介助なしで可 支持や介助があれば可 不可 ・移乗 自立 要介助 不可 ・麻痺の有無 有（痙直性 不随意運動 弛緩性） 無 ・知的障害の有無 有（障害の部位及び程度： ） 無 ・排泄障害の有無 有（障害の部位及び程度： ） 無 ・その他排泄に関する医学的所見（ ） <知的障害の程度> （ ）								
	意思伝達等の状況	<意思疎通の方法> 会話で可 単語程度で可 動作で可 表情等で介護者が読み取る 不可 <尿意の伝達> 可（言語 動作 表情等） 以前は伝達可能であった 不可 ・以前は伝達可能であった場合、できなくなった理由を記入してください。 （ ） <便意の伝達> 可（言語 動作 表情等） 以前は伝達可能であった 不可 ・以前は伝達可能であった場合、できなくなった理由を記入してください。 （ ）								
	排泄の状況	・排尿の方法：自立 介助があれば便器で可 排泄補助用具を使用して介助 おむつ使用 ・排便の方法：自立 介助があれば便器で可 排泄補助用具を使用して介助 おむつ使用 ・紙おむつの使用状況：常時 夜間のみ 外出時のみ その他（ ） 不使用 ※紙おむつの必要性に関する意見 （ ）								
令和	年	月	日	病院名 及び住所						診断医師名

※ 脳原性運動機能障害とは、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によってもたらされた姿勢及び運動の異常を有するもので、具体的には脳性麻痺、脳炎、無酸素症をさす。

※ 排泄補助用具とは、特殊尿器・差込式便器等をさす。