

紙おむつ意見書

脳原生運動機能障害等用

氏名			生年月日	年	月	日生(歳)
住所			生活地	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 施設入所中	<input type="checkbox"/> 入院中 ※施設・病院名 ()
身体障害	身体障害者手帳	原傷病名			等級	種 級
		障害名				
	座位能力	<input type="checkbox"/> 支持なしで可能 <input type="checkbox"/> 背もたれで可能 <input type="checkbox"/> 座位保持装置で可能 <input type="checkbox"/> 不能				
	移動能力	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 介助歩行可能 <input type="checkbox"/> 歩行外移動可能 ※方法 () <input type="checkbox"/> 不能				
移乗能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不能					
知的障害	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 (障害程度) <input type="checkbox"/> 無				
	排泄への影響	<input type="checkbox"/> 有 ※具体的内容 (意思疎通不能) <input type="checkbox"/> 無				
障害の状況	排泄機能障害の原因となった傷病名		[発症時期 年 月 日 (歳頃)]			
	排泄	方法	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 身体障害者用トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他()			
		自立度 原意伝達	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 相当介助 <input type="checkbox"/> 誘導で可能 <input type="checkbox"/> 整った環境や設備で自立 <input type="checkbox"/> 自立			
	排便	方法	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 身体障害者用トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他()			
		自立度 便意伝達	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 相当介助 <input type="checkbox"/> 誘導で可能 <input type="checkbox"/> 整った環境や設備で自立 <input type="checkbox"/> 自立			
			<input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 動作で可能 <input type="checkbox"/> 言語で可能			
	おむつの使用状況		<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 外出時のみ <input type="checkbox"/> その他()			
今後、排泄機能障害が改善される見込		<input type="checkbox"/> 有 (理由) <input type="checkbox"/> 無				
参考となる合併症状						
処方	1 紙おむつ (<input type="checkbox"/> 排尿用及び排使用 <input type="checkbox"/> 排尿用のみ <input type="checkbox"/> 排使用のみ)					
	その他指導事項					
年 月 日						
医療機関の所在地						
名 称						
15条指定医師氏名						

※身体障害者福祉法第15条第1項により「肢体不自由」で指定された医師が記載してください。