

## 医師意見書（紙おむつ用）

氏 名	男・女	年	月	日生	歳
住 所					
障害名	身体障害者手帳 種 級・療育手帳 A B				
障害の 状 況	<b>【身体障害】</b>  <b>【知的障害】</b>				
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：洋式便器に座れますか） 支持がなくても可能 背もたれで可能 支持装置で可能 座位不可能 2 移動能力 歩行可能 介助歩行可能 車いす自走可能 電動車いす操作可能 いざり等で可能 移動不可能 3 移乗能力（例：車いす⇔便座などへの乗り移り） 自立 要監視 要介助 移乗不可能				
意 思 伝 達 の 状 況	1 口語での意思疎通 疎通可能 幼稚ながら可能 やや可能（単語程度） ほぼ不可能 疎通不可能 2 便意・尿意の意思伝達 言語で可能 動作で可能 伝達不可能 * 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） <b>【</b>				
排 泄 の 状 況	1 おむつの使用状況 不使用 外出時のみ使用 学校又は福祉施設内で使用 就労中使用 （夜間 日中 全日 その他＝ ） 2 排尿・排便の際使用しているもの 膀胱留置カテーテル 膀胱瘻 ストマ 摘便介助 その他（ ） 3 現在排泄は 自立 整った環境・施設で自立 誘導で可能 半介助 全介助 * 自立でない場合は以下の条件ではどうですか ○時間誘導で排泄は 可能 不可能 判断困難 ○支持装置（排泄補助具等）があれば排泄は 可能 不可能 判断困難 ○介助者がいれば便器での排泄は 可能 不可能 判断困難 4 排泄管理上、紙おむつの必要程度は 紙おむつでなくても良い（他で代用可能） 紙おむつが望ましい 場合がある 常時紙おむつが望ましい 常時紙おむつでなければならない				
年 月 日 病院名					
医師氏名					