

様式第 2

日常生活用具費意見書（障害者（児）用）

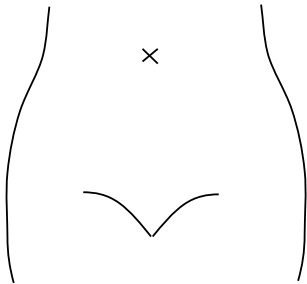
身体障害児・者の 居住地、氏名 及び生年月日	居住地
	ふりがな 氏 名 (年 月 日生)
病 名	
障害の部位及び その状況 (下記日常生活用具 を必要と認める理由 が明確となるよう記 載する。)	
日常生活用具の名称	
紙おむつを新規申請 する方 (○をつける)	条件を 満たしている 満たしていない ※必ず裏面についてご回答ください。
備 考	
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医 師 名	

紙おむつの支給条件

次の <u>いずれか</u> に該当するもの	該当する条件に○
1. ストーマの著しい変形、ストーマ周辺の著しい皮膚のびらん 又はストーマの不適切な造設箇所のため、ストーマ用装具を装着できないもの	※下表に部位等を図示すること
2. 二分脊椎等先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害 による高度の排便機能障害又は高度の排尿機能障害	
3. 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	
4. 排便または排尿の意思表示が困難な状態で <u>下記</u> の <u>すべて</u> を満たしているもの	



4. に該当する場合は、下記（１）～（３）にお答えください。	あてはまる場合は ☒ をしてください。
（１）身体障害に係る原因となった疾病又は外傷の発生時期が１８歳以下であったもの	☐ 身体障害者手帳を取得している ☐ 発生時期が18歳以下である
（２）言語に限らずあらゆる方法によっても、排便もしくは排便の意思表示ができないもの	☐ ア. 自力でトイレに行けない
	☐ イ. 自力で便座（排便補助具の使用）に座ることができない
	☐ ウ. 介助による定時排泄ができない
（３）障害児の年齢が３歳以上であること	☐ ３歳以上である



（ストーマ及びびらんの部位等を図示）