

日常生活用具費意見書（障害者（児）用）

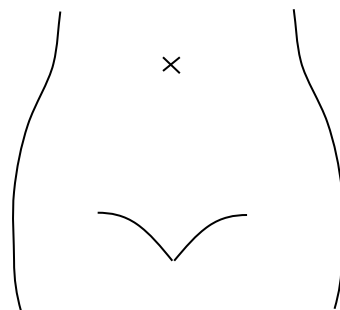
身体障害児・者の の居住地、氏名 及び生年月日	居住地
	ふりがな 氏 名  ( 年 月 日生)
病 名	
障害の部位及び その状況 (下記日常生活用具 を必要と認める理由 が明確となるよう記 載する。)	
日常生活用具の名称	
紙おむつを新規申請 する方 (○をつける)	条件を  満たしている                      満たしていない  ※必ず裏面についてご回答ください。
備 考	
上記のとおり診断する。  年 月 日  医療機関名  医 師 名	

## 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. ストマの著しい変形、ストマ周辺の著しい皮膚のびらん又はストマの不適切な造設箇所のため、スト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>下記のすべて</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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を取得している <input type="checkbox"/> 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、排尿もしくは排便の意思表示ができないもの	<input type="checkbox"/> ア. 自力でトイレに行けない
	<input type="checkbox"/> イ. 自力で便座（排便補助具の使用）に座ることができない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 3歳以上である



（ストマ及びびらんの部位等を図示）