

紙おむつ意見書（18 歳以上）

氏 名		男・女	年 月 日生 (歳)
住 所			
傷病名			
障害の 状況	(全身所見、合併症、ADLなどを記入してください。)		
身体の 状況	1. 座位能力 (該当するものに○をしてください。例：洋式便器に座れますか) 支持無く可能 背もたれで可能 支持装置で可能 いずれも不可能 2. 移動能力 (該当するものに○をしてください。) 歩行可能 介助歩行可能 車いす自操可能 電動車いす自操可能 いざり等可能 移動不可能		
意 思 表 示 の 状況	1. 尿意の意思表示 (該当するものに○をしてください。) 言語で可能 動作で可能 不可能 2. 便意の意思表示 (該当するものに○をしてください。) 言語で可能 動作で可能 不可能 *不可能の場合はその原因を記述してください。 ()		
排泄の 状況	1. 現在の排泄は (該当するものに○をしてください。) 自立 整った環境・設備で自立 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 ○排泄補助具等、支持装置があれば排泄は 可能 不可能 ○介助者がいれば便器等での排泄は 可能 不可能 2. 紙おむつの使用状況 (該当するものに○をしてください。) 不使用 外出時のみ 夜間のみ 全日使用 3. 排泄での紙おむつの必要性 (該当するものに○をしてください。) 紙おむつでなくてもよい 紙おむつを使用する場合がある 常時紙おむつでなければならない		
以上のとおりです。 年 月 日 医療機関名 医 師 名 (印)			

※必ず身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師にて記入願います。