

日常生活用具給付意見書(紙おむつ・洗腸用具用)			
氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
住所			
障害の種別・等級			
必要とする用具	<input type="checkbox"/> 紙おむつ / <input type="checkbox"/> 洗腸用具		
用具を必要とする理由 ※(1)～(5)のいずれかに該当する者が対象となります。			
<input type="checkbox"/> (1) ストマの著しい変形もしくはストマ周辺の皮膚の著しいびらんのため、ストマ用装具を装着できない <input type="checkbox"/> (2) 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尿又は排便機能障害がある <input type="checkbox"/> (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がある <input type="checkbox"/> (4) 脳原性運動機能障害で、以下の身体状態①～④のすべてに該当する <input type="checkbox"/> (5) 難病患者等で、以下の身体状態①～④のすべてに該当する			
身体状態	項目	○か×を記入	
	① 疾病等の発生時期が概ね3歳未満であったもの		
	② 両下肢または体幹機能障害2級以上		
	③ 排泄の状況が下記を満たすもの。	/	
	ア. 自力でトイレに行けない		
	イ. 自力で便座(排便補助用具の使用を含む)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		
	④ 排泄コントロールができないため、常におむつを使用している必要がある。(裏面参照)		
その他特記事項(※洗腸用具が必要な場合は、必ずその理由を記入)			
紙おむつの使用状況	<input type="checkbox"/> 常時使用している / <input type="checkbox"/> 使用していない		
備考			
上記のとおり日常生活において用具が必要である。 年 月 日 医療機関名 医 師			

【注意】

この意見書は、用具の種目である紙おむつ等(紙おむつ、洗腸用具)の給付の可否を決定するための資料の一つとなるものです。

この意見書で、給付できる内容の記載がされていても、障害者手帳の記載内容、補装具費の支給状況、他の日常生活用具の給付状況などで矛盾する点があると給付決定されないことがありますので、ご了承ください。

また不明な点がありますと給付の決定ができないことがありますので、正確にご記入ください。

※給付対象の年齢要件は、3歳以上～65歳未満です。

※洗腸用具の給付要件は、紙おむつの対象要件に該当する障害者のうち、

紙おむつとは別に、洗腸用具が必要であることが医師により認められる者です。

※排泄コントロールができない状態とは、概ね以下のいずれかのような状態であることします。

- ・排泄の意思伝達ができない
- ・排泄の意思伝達はできるが、トイレまで我慢できない
- ・尿意便意の自覚がない