

## 日常生活用具(紙おむつ)給付にかかる意見書

氏名		生年月日	年 月 日( 歳)	身体障がい者手帳
住所				級 県・市 第 号
生活の場所	在宅・入所中(施設名 )・入院中( 年 月 日に退院見込)			
※紙おむつの給付対象となるのは、3歳以上であって、次のいずれかに該当し、紙おむつ等の用具類を必要とする者です。 2ページ目の「日常生活用具(紙おむつ)給付にかかる意見書」の作成について、をご一読のうえ、ご記入願います。				
障 が い の 状 況	次のいずれかの該当するものにチェックを入れ、必要事項をご記入ください。			
	<input type="checkbox"/> ① ストマの著しい変形もしくはストマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストマ用具を装着できない			
	<input type="checkbox"/> ② 先天性疾患(先天性鎖肛を除く)に起因する神経障がいによる高度の排尿又は排便機能障がいがある			
	<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がいがある			
	<input type="checkbox"/> ④ 脳性麻痺等脳原性運動機能障がいにより排尿もしくは排便の意思表示が困難である			
	1. 傷病名 ※注1(2ページ目参照) _____			
	2. 発生時期 ( 年 月 日 歳)			
	排 尿	方 法	おむつ・身体障がい者用トイレ・様式トイレ・膀胱留置カテーテル・ストマ・ その他( )	
	自 立 度	全介助・一部介助・誘導で可能・整った環境や設備で自立・自立		
	排 便	方 法	おむつ・身体障がい者用トイレ・様式トイレ・ストマ・摘便介助・ その他( )	
自 立 度	全介助・一部介助・誘導で可能・整った環境や設備で自立・自立			
意 思 表 示 が 困 難 と 判 断 し た 理 由	(言語や動作での意思表示が困難な状況をご記入ください)			
お む つ の 使 用 状 況	一日中・夜間のみ・日中のみ・外出時のみ・その他( )			
今後、排泄機能障がい改善される見込		有(理由 )・無		
参考となる合併症状(「けいれん」、「難聴」、「視覚障がい」等を記入)				
処方	紙おむつ( 排尿用及び排便用 ・ 排尿用のみ ・ 排便用のみ )			
紙おむつ等の用具類が必要であると証明します。				
年 月 日				
医療機関名				
医師氏名 (自署または記名押印)				

## 「日常生活用具(紙おむつ)給付にかかる意見書」の作成について

この意見書は、古賀市障がい者日常生活用具給付事業実施要綱に規定する、紙おむつの給付対象者に該当するかどうかを判断するために提出を求めるものです。

意見書の内容と実態に矛盾がある場合やその他疑義等が生じている場合は不支給となる場合もございますので、対象となる方の状況を正確にご記入頂きますようお願いいたします。

紙おむつ給付の対象者とは、以下の(1)(2)に該当し、かつ意見書の障がいの状況欄の①～④のいずれかに該当するものとする。

- (1) 身体障害者手帳所持者
- (2) 3歳以上の者

### ※注1

『傷病名』は「脳原性」であることが条件です。「脳原性」と確認できる傷病名を記載してください。

紙おむつの給付対象者のうち、「脳性麻痺等脳原性運動機能障がいにより排尿もしくは排便の意思表示が困難な者」とは、以下(1)、(2)の要件のすべてに該当するものを対象者とする。

**【1】** 身体障害者手帳記載の障害区分については、下記(ア)、(イ)のいずれかに該当すること。

- (ア) 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい
- (イ) 肢体不自由(上肢機能障がい・下肢機能障がい・体幹機能障がい)で手帳に脳原性の原傷病名の記載(脳性麻痺・脳炎・無酸素脳症等)があるもの。

**【2】** 上記(1)の原傷病名の発症時期については、乳幼児期以前(概ね3歳以前)とする。