

紙おむつ意見書

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 (歳)		
住所		生活地	<input type="checkbox"/> 在宅 ・ <input type="checkbox"/> 施設入所中 ・ <input type="checkbox"/> 入院中 (※施設・病院名)				
障害の状況	身体障害	身体障害者手帳		原傷病名	等級 種 級		
				障害名			
		座位能力	<input type="checkbox"/> 支持なしで可能 ・ <input type="checkbox"/> 背もたれで可能 ・ <input type="checkbox"/> 座位保持装置で可能 ・ <input type="checkbox"/> 不能				
		移動能力	<input type="checkbox"/> 歩行可能 ・ <input type="checkbox"/> 介助歩行可能 ・ <input type="checkbox"/> 歩行外移動可能 ※方法 () ・ <input type="checkbox"/> 不能				
		移乗能力	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 要確認 ・ <input type="checkbox"/> 要介護 ・ <input type="checkbox"/> 不能				
	知的障害	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 (障害程度) ・ <input type="checkbox"/> 無				
		排泄への影響	<input type="checkbox"/> 有 ※ 具体的内容 () ・ <input type="checkbox"/> 無				
	排泄機能障害	排泄機能障害の原因となった傷病名		〔発症時期 年 月 日 (歳頃)〕			
		排尿	方法	<input type="checkbox"/> おむつ ・ <input type="checkbox"/> 障害者用トイレ ・ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ ・ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル ・ <input type="checkbox"/> ストーマ ・ <input type="checkbox"/> その他 ()			
			自立度	<input type="checkbox"/> 全介助 ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 誘導で可能 ・ <input type="checkbox"/> 整った環境や設備で自立 ・ <input type="checkbox"/> 自立			
尿意伝達			<input type="checkbox"/> 困難 ・ <input type="checkbox"/> 動作で可能 ・ <input type="checkbox"/> 言語で可能				
便意		方法	<input type="checkbox"/> おむつ ・ <input type="checkbox"/> 障害者用トイレ ・ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ ・ <input type="checkbox"/> ストーマ ・ <input type="checkbox"/> 摘便介助 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()				
		自立度	<input type="checkbox"/> 全介助 ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 誘導で可能 ・ <input type="checkbox"/> 整った環境や設備で自立 ・ <input type="checkbox"/> 自立				
		便意伝達	<input type="checkbox"/> 困難 ・ <input type="checkbox"/> 動作で可能 ・ <input type="checkbox"/> 言語で可能				
おむつの使用状況		<input type="checkbox"/> 一日中 ・ <input type="checkbox"/> 夜間のみ ・ <input type="checkbox"/> 日中のみ ・ <input type="checkbox"/> 外出時のみ ・ <input type="checkbox"/> その他 ()					
今後、排泄機能障害が改善される見込			<input type="checkbox"/> 有 (理由) ・ <input type="checkbox"/> 無				
参考となる合併症状							
処方	1 紙おむつ (<input type="checkbox"/> 排尿用及び排泄用 ・ <input type="checkbox"/> 排尿用のみ ・ <input type="checkbox"/> 排便用のみ) その他指示事項						
令和 年 月 日							
医療機関の所在地 名 称 医師氏名 (印)							