

第2号様式の3（第6条関係）

昭島市日常生活用具給付用医師意見書
(紙おむつ用)

氏 名			生年月日	年 月 日		
住 所					年齢	歳
障 害 名	身体障害者手帳 種 級					
障害の状況						
診断項目（各項目の中で該当するものをマルで囲んでください。）						
身体 の 状 況	1 座位能力（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 いずれでも不可能 2 移動能力 歩行可能 介助歩行可能 車椅子自走可能 電動車椅子操作可能 いざり等可能 移動不可能 3 移乗能力（例：車椅子⇄便座などに乗り移り） 自立 要監視 要介助 不可能					
意思 伝 達 の 状 況	1 口語での意思疎通 可能 幼稚ながら可能 やや可能（単語程度） ほぼ不可能 不可能 2 便意・尿意の意思伝達 言語で可能 動作で可能 不可能 ※不可能な場合は、その原因を記載してください。（例：知的障害、知覚障害等） （ ）					
排 せ つ の 状 況	1 紙おむつの使用状況 不使用 外出時のみ 施設（学校又は福祉施設）内 就労中 使用時間帯：夜間 日中 全日 その他（ ） 2 排尿・排便の際に使用しているもの ぼうこう留置カテーテル ぼうこうろう ストマ 摘便介助 その他 3 現在排尿は 自立 整った環境・設備で自立 誘導で可能 半介助 全介助 ※自立ではない場合では、以下の条件ではどうか ○時間誘導で排せつは 可能 不可能 判断困難 ○支持装置（排せつ補助具等）があれば排せつは 可能 不可能 判断困難 ○介助者がいれば便器での排せつは 可能 不可能 判断困難 4 排せつ管理上、紙おむつの必要程度は 紙おむつでなくても良い（他で代用可能） 紙おむつが望ましい場合がある 常時紙おむつが望ましい 常時紙おむつでなければならない					
(宛先) 昭島市長 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 電話番号 担当医師氏名 印 (身体障害者福祉法第15条指定医に限る。)						