

## 日常生活用具給付医師意見書（紙おむつ用）

氏 名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住 所			
知的障害の程度	<input type="checkbox"/> 最重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> その他（                      ）		
診断項目			
意思伝達の状態	言葉での意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ほぼ可能 <input type="checkbox"/> やや可能（単語程度） <input type="checkbox"/> ほぼ不可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
	尿意・便意の意思伝達	<input type="checkbox"/> 尿意のみ可能 <input type="checkbox"/> 便意のみ可能 <input type="checkbox"/> 両方とも可能 <input type="checkbox"/> 言葉で可能 <input type="checkbox"/> 動作で可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
排泄の状態	紙おむつの使用状況	<input type="checkbox"/> 常時使用 <input type="checkbox"/> 夜間のみ使用 <input type="checkbox"/> 日中のみ使用 <input type="checkbox"/> 外出時のみ使用 <input type="checkbox"/> 自宅内のみ使用 <hr/> 《使用枚数》                      枚／日	
	排泄時の支援状況	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 慣れた環境でのみ自立 <input type="checkbox"/> 誘導で可能 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	時間誘導	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 判断不能	
	便器での排泄	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 介助者がいれば可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
	その他の事項		
<p>上記のとおり日常生活用具（紙おむつ）の必要が認められる。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">             病 院 名              担 当 科 名              医 師 名           </p>			

※医師意見書は申請の都度必要となります。