

日常生活用具交付意見書【紙おむつ等】

年 月 日

柏 市 長 あて

医療機関名
所在地
診療担当科
作成医師名

氏 名		年 月 日生(歳)
障害等の 状況及び 用具を必 要とする 理由	該当するものに○をつけてください。	
	①	ストーマの著しい変形又はストーマ周辺の著しい皮膚のびらんのためにストーマを装着できない。 ● ストーマ装具に代えて必要とされる用具 (紙おむつ ・ 脱脂綿 ・ サラシ ・ ガーゼ ・ 洗腸用具)
	②	二分脊椎等の先天性疾患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。 ● 疾患名：
	③	脳性麻痺等脳原性運動機能障害がある。 ● 疾患名： ● 発現年月日 年 月 日 (歳 月)
	③に○をつけた場合は、以下の各項目ごとに該当するものに○をつけてください。	
	排尿の意思表示	できる ・ 困難
	排便の意思表示	できる ・ 困難
	自力で移動して便座に座ること (装具, 車椅子等を使用する場合も含む)	できる ・ 困難
	定時排泄	できる ・ 困難
	恒常的な紙おむつ等の使用	不必要 ・ 必要
教育・訓練による排泄動作・意思伝達能力獲得の可能性	可能 ・ 困難 ・ 不明	
紙おむつの使用により, 排泄動作・意思伝達能力獲得を妨げないか	ならない ・ なる ・ 不明	
その他特記事項		

※裏面の注意書きをご覧の上, ご記入下さい。

(柏市障害福祉課)

《作成前に必ずお読み下さい》

日常生活用具における紙おむつ等助成は、3歳以上の身体障害児(者)で以下の①～③の要件のいずれかに該当する場合に対象となり、当意見書は要件に合致することを確認するためのものです。

- ① ストーマの著しい変形又はストーマ周辺の著しい皮膚のびらんのためストーマを装着することができないかた
- ② 二分脊椎等の先天性疾患に起因する神経障害による高度の排尿又は高度の排便機能障害があり紙おむつが必要なかた
- ③ 脳性麻痺等脳原性運動機能障害(4歳未満の発症)で(ア)～(エ)を全て満たすかた
 - (ア) 排尿又は排便の意思表示が困難
 - (イ) 装具、車椅子等を使用しても自力で移動し便座に座ることが困難
 - (ウ) 定時排泄が困難で恒常的に紙おむつが必要
 - (エ) 身体障害者手帳1級かつ療育手帳重度又は最重度

上記に該当しない場合は、助成の対象外となりますのでご注意ください。