

紙おむつ判定書

次のとおり判定します。

氏 名			年 月 日生 (才)	
住 所				
障 害 名	身体障害者手帳 種 級 療育手帳 (A1 ・ A2)			
原因となった疾病・外傷名 及び疾病・外傷発生年月日	(才頃) 年 月 日発生			
生 活 地	在宅 施設入所中 入院中 その他 ※施設・病院名等 ()			
障 害 の 状 況	身体 状況	座 位 能 力	支持なしで可能 背もたれ等で可能 座位不能	
		移 動 能 力	歩行可能 介助歩行可能 歩行外移動可能 () 移動不可能	
	意思 伝達 状況	口 語 で の 意 思 疎 通	可能 単語程度 ほぼ不可能 不可能	
		尿 意 の 意 思 表 示	言語・動作で可能 不可能	
		便 意 の 意 思 表 示	言語・動作で可能 不可能	
	排泄 の 状況	おむつの使用状況	夜間のみ 日中のみ 一日中 その他 ()	
		排 尿 ・ 排 便 用 具 等	尿管カテーテル 膀胱瘻 ストマ 摘便 その他 ()	
		排 尿 動 作	自立 一部介助 (誘導で可) 相当介助 全介助	
		排 便 動 作	自立 一部介助 (誘導で可) 相当介助 全介助	
	上記のとおり、(脳原性運動機能障害 ・ その他の障害) により、(排尿 ・ 排便) の 意思表示が困難で、常時紙おむつの必要性が (ある ・ ない) と認められます。 年 月 日 医療機関名 医 師 名 印			

(注) この判定書は、脳原性運動機能障害又はその他の障害により排尿若しくは排便の意思表示が困難で、紙おむつを必要とされる3歳以上の身体障害者手帳又は療育手帳所持者の紙おむつ給付申請に必要なものです。要件を満たしていない場合は給付の対象外となります。