

山北町長殿

相談記録票及び医学的判定(意見)書 (紙おむつ用)

町の記入欄	(氏名)	年 月 日 歳			
	(住所)	手帳 号 種 級 (年 月 日交付)			
	生活状況等 障害歴・				
診断医記入欄	障害名	知的障害	無・有 (A1・A2・B1・B2)		
	原傷病名	発症年月	年 月		
	診断項目 (全項目を記入してください)				
	移動の状況	1 座位能力 (洋式便器に座れますか)	ア 支持なく可能 イ 介助や支持装置があれば可能 ウ 不可能		
		2 移動能力	ア 歩行可能 イ 介助歩行可能 ウ 四つ這い、座位等その他の移動 エ 移動不可		
		3 移乗能力 (車椅子←→便座などへの乗り移り)	ア 自立 イ 要監視(見守り) ウ 要介助 エ 不可能		
	達意の状況伝	便意・尿意の意思伝達 ア 言語で可能 イ 動作や表情で可能 ウ 不可能 *不可能な場合の理由 (例：知的障害、知的障害等) ()			
排泄の状況	1 現在排泄は	ア 自立 イ 整った環境、設備で自立 ウ 誘導で介助 エ 半介助 オ 介助 *自立以外の場合は、以下の条件はどうですか (排尿のみ・排便のみ・両方)			
	○ 時間誘導で排泄は	・ 可能	・ 不可能	・ 判断困難	
	○ 支持装置(排泄補助具等)があれば排泄は	・ 可能	・ 不可能	・ 判断困難	
○ 介助者がいれば便器での排泄は	・ 可能	・ 不可能	・ 判断困難		
2 おむつの使用状況	ア 使用場面 {・常時 ・外出時のみ ・施設等(学校又は福祉施設)内・その他()}				
	イ 使用時間帯 {・全日 ・日中 ・夜間 ・その他()}				
3 排尿・排便の際におむつ以外で使用しているものがありますか	ア 膀胱留置カテーテル イ 膀胱ろう ウ 摘便介助 エ その他()				
処方	紙おむつ (ア 蓄尿用 イ 蓄便用 ウ 両方) 一日の必要総枚数 ()				
年 月 日		医療機関名 診療科 医師 印			

* 以下は記入しないでください

町記入欄	* 総合判定
	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による紙おむつが必要であると (認めます・認めません)。

判定の結果は上記のとおりです。

(注)この判定書は、山北町日常生活用具給付事業実施要綱別表1の要件に基づき提出するものです。支給要件を満たしていない場合は給付の対象外となります。