

日常生活用具（紙おむつ）給付にかかる意見書

氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
----	--	------	-----------

生活の場所	在宅 ・ 入所中（施設名 _____） ・ 入院中（ _____ 年 月 日に退院見込）
-------	--

※紙おむつの給付が対象となるのは、3歳以上であって、次のいずれかに該当し、紙おむつ等の用具類を必要とする者です。

障 が い の 状 況	次のいずれかの該当するものにチェックを入れ、必要事項をご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> ストマの著しい変形もしくはストマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストマ用装具を装着できない		
	<input type="checkbox"/> 二分脊椎等先天性疾患(先天性鎖肛を除く)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		
	<input type="checkbox"/> 先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害がある		
	<input type="checkbox"/> 脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿もしくは排便の意思表示が困難である		
	①傷病名* _____		
	②発生時期（ _____ 年 月 日 _____ 歳）		
	排 尿	方法	おむつ・身体障害者用トイレ・様式トイレ・膀胱留置カテーテル・ストマ・その他（ _____ ）
		自立度	全介助・一部介助・誘導で可能・整った環境や設備で自立・自立
		尿意伝達	困難 ・ 動作で可能 ・ 言語で可能
排 便	方法	おむつ・身体障害者用トイレ・様式トイレ・ストマ・摘便介助・その他（ _____ ）	
	自立度	全介助・一部介助・誘導で可能・整った環境や設備で自立・自立	
	尿意伝達	困難 ・ 動作で可能 ・ 言語で可能	
おむつの使用状況	一日中・夜間のみ・日中のみ・外出時のみ・その他（ _____ ）		

紙おむつ等の用具類が必要であると証明します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_  
(自署または記名押印)

※この診断書は、原則として身体障がい者福祉法第15条の指定医師が記入するものとする。

(裏面の注意書きをご覧の上、ご記入ください。)

## 「紙おむつ意見書」の作成について

この意見書は、日常生活用具給付制度に基づく紙おむつ給付事務のために必要になりますので、以下の点に留意のうえ記入してください。

この意見書で、給付すべき内容の記載がされていても、障害者手帳の記載内容、補装具費の支給状況、他の日常生活用具の給付状況などで矛盾する点があると給付決定されないこともありますので、ご了承ください。また、不明な点があると給付の決定ができないことがありますので、正確にご記入ください。

紙おむつ給付の対象者とは、以下のすべてに該当するものとする。

- ① 身体障害者手帳または療育手帳所持者
- ② 高度の排便機能障がい者、排尿機能障がい者若しくは3歳未満で発症した脳原性運動機能障害かつ意思表示困難者
- ③ ①②に該当し、3歳以上の者

\*『傷病名』は「脳原性」であることが条件です。「脳原性」と確認できる傷病名を記載してください。

(注)

紙おむつの給付対象者のうち、「脳性麻痺等脳原生運動機能障害により排尿もしくは排便の意思表示が困難な者」とは、身体障害者手帳下肢又は体幹機能障害1～3級または療育手帳A判定のいずれかを所持し、以下(1)～(3)の要件すべてに該当するものを対象者とする。

- (1) 身体障害者手帳記載の障害区分については次の(ア)、(イ)のいずれかに該当するもの。
  - (ア) 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害
  - (イ) 脳性麻痺・低酸素性脳障害・頭蓋内出血・髄膜炎・脳炎・頭部外傷・低血糖症・核黄疸等
- (2) (1)の傷病名の発症時期については、乳幼児期以前(概ね3歳以前)であったもの。
- (3) 言語に限らずあらゆる方法によっても、排尿もしくは排便の意思表示が困難なもの。