

紙おむつ意見書					
氏名		生年月日	年	月 日 (歳)	
住所					
身体障害者手帳	有 (種 級) ・無	療育手帳	有 (A1 、 A2 、 B1 、 B2) ・無		
本人の 状態	項目			(いずれかに○)	
	排泄の 状況等	ア、自力でトイレに行けない		該当	非該当
		イ、自力で便座(排泄補助用具の使用を含む)に座ることができない		該当	非該当
		ウ、便意・尿意を感じるができないため、排泄管理ができない		該当	非該当
		エ、排尿・排便の意思表示ができない		該当	非該当
	特記事項				
	(1)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機能障害または排便機能障害のあるもの			該当	非該当
	(2)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のあるもの			該当	非該当
	(3)脳原性運動機能障害(出生からおおむね3歳未満で発症した非進行性の脳病変による)のあるもの			該当	非該当
	(4)療育手帳を所持しており、A1、A2の認定をうけている者			該当	非該当
	紙おむつに ついて	①紙おむつを3歳未満から継続して使用している		該当	非該当
		②紙おむつを使用する原因となった疾病等			
③上記の疾病等の発生時期		年	月 日頃		
今後、排泄機能障害が改善される見込み (※有の場合は理由を備考に記入してください)			無	有	
備考					
<p>上記のとおり日常生活において紙おむつが必要である。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>名 称</p> <p>医 師 氏 名</p>					

※意見書の有効期限は、作成日から3か月となっています。

※意見書の内容について、問い合わせをさせていただくことがあります。

日田市

紙おむつ意見書 (※記載例※)

氏名	日田 太郎	生年月日	S52年 4月 1日 (45歳)	
住所	日田市田島2丁目6-1			
身体障害者手帳	<input checked="" type="radio"/> 有 (1種 1級) ・無	療育手帳	有 (A1 、 A2 、 B1 、 B2) <input checked="" type="radio"/> 無	
本人の 状態	項目		(いずれかに○)	
	排泄の 状況等	ア、自力でトイレに行けない	<input checked="" type="radio"/> 該当	非該当
		イ、自力で便座(排泄補助用具の使用を含む)に座ることができない	<input checked="" type="radio"/> 該当	非該当
		ウ、便意・尿意を感じることができないため、排泄管理ができない	<input checked="" type="radio"/> 該当	非該当
		エ、排尿・排便の意思表示ができない	<input checked="" type="radio"/> 該当	非該当
	特記事項	介助があれば排泄できるが、日常的に紙おむつは必要。		
	(1)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機能障害または排便機能障害のあるもの	該当	<input checked="" type="radio"/> 非該当	
	(2)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のあるもの	該当	<input checked="" type="radio"/> 非該当	
	(3)脳原性運動機能障害(出生からおおむね3歳未満で発症した非進行性の脳病変による)のあるもの	該当	<input checked="" type="radio"/> 非該当	
	(4)療育手帳を所持しており、A1、A2の認定をうけている者	該当	<input checked="" type="radio"/> 非該当	
紙おむつに ついて	①紙おむつを3歳未満から継続して使用している	該当	<input checked="" type="radio"/> 非該当	
	②紙おむつを使用する原因となった疾病等	脳挫傷		
	③上記の疾病等の発生時期	H12年5月29日頃		
今後、排泄機能障害が改善される見込み (※有の場合は理由を備考に記入してください)	<input checked="" type="radio"/> 無	有		
備考	※今後、排泄機能障害が改善される見込みがあると判断された場合は判断理由を記入ください(例：成長により改善される可能性があるため 等)			
上記のとおり日常生活において紙おむつが必要である。				
R4年 10月 1日 医療機関の所在地 日田市〇〇町〇丁目〇番〇号 名 称 〇〇病院 医 師 氏 名 福祉 次郎				

※意見書の有効期限は、作成日から3か月となっています。

※意見書の内容について、問い合わせをさせていただくことがあります。

日田市

ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。
 〒870-8601 日田市田島2丁目6-1
 日田市役所 社会福祉課 障害福祉係
 TEL:0973-22-8290(直通) FAX:0973-22-8258