|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日常生活用具給付意見書  （紙おむつ用） | | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　年　　月　　日　生  　　　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 住所 |  | | |
| 原傷病名 | ・発症　　　　　年　　月　　日 | 機能障害 | （　　　　　級） |
| 現症 | 身体の状況  ・麻痺　（種類：　□痙性　□弛緩性　・程度：□軽　□中　□重）  ・関節の拘縮　（部位：　□肩　□肘　□股　□膝　・程度：□軽　□中　□重）  ・不随意運動　（部位：　□上肢　□下肢　□体幹　□頭頚部）  ・褥瘡　（部位：　　　　　　　　　　　・ステージ　　　　　）  意識障害　　　　（　□有　　□無　）  尿・便意の意思表示　（　□可　□困難　□不可　）  その他特記すべき事項 | | |
| 必要な  理由 | 排尿　……　失禁：　□有　□無　□介助があればトイレ、尿路等使用可  　　　　　　　　　　　　　　　　□時間でトイレへ連れていく  　　　　　　　　　　　　　　　　□間歇導尿　□持続カテーテル留置  　　　　　　回数：１日　　回  排便　……　失禁：　□有　□無　□介助があればトイレ、便器等使用可  　　　　　　　　　　　　　　　　□下剤・浣腸等が必要  　　　　　　回数：１日　　回、　　日に１回  　　　　　　性状：□普通便　□軟便　□泥状　□水様 | | |
| その他  参考事項 |  | | |
| 上記のとおり意見します。    　令和　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　作成医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |