|  |
| --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |