

日常生活用具給付についての意見書  
 〈脳原性運動機能障害用〉

氏名		年	月	日生	
疾病名等	1 原因となった疾病・外傷名	_____			
	2 疾病等の発現年月日	_____			
本人の状況	身体の状況（※1）	身長	cm	体重	kg
	1 移動能力について 自力でトイレに行けない。			はい	いいえ
	2 座位能力について 自力で便座に座ることができない。			はい	いいえ
	意思伝達の状況				
	1 排尿の意思表示ができない。（※2）			はい	いいえ
	2 排便の意思表示ができない。（※2）			はい	いいえ
	排泄の状況				
	1 介助による定時排泄をすることができない。			はい	いいえ
	2 紙おむつ等使用の要否 紙おむつ等以外での対応が困難であり、常時必要である。 紙おむつ等を必要とする場合、必要な使用量（※3）			はい	いいえ
		1日	枚	（1日10枚上限）	
	年 月 日	医療機関名			_____
		医師氏名			_____

区役所 記入欄			
1 障害者手帳の所持 ・身体障害者手帳	種 級	・愛護手帳	度
2 重症心身障害児（者）認定	有	無	

# 記入上の注意事項

この書類の内容を審査し、日常生活用具（紙おむつ等）給付の適否を決定しますので、次の点に留意の上ご記入ください。

- 1 本人の状況について、該当する項目に○印を付けてください。
- 2 身体の状況について（※1）
  - ・ 移動能力「自力でトイレに行けない」とは、  
独立歩行ができる場合は、該当しません。  
介助歩行・はいはい等で移動できる場合は、該当します。  
歩行器・車いす・電動車いすで移動できる場合は、該当します。
  - ・ 座位能力の「自力で便座にすわることができない」とは、  
支持なしで座位が保てる場合（おまるを含む）は、該当しません。  
背もたれ・簡易な支持装置で座位が可能な場合は、該当します。
- 3 尿意・便意の意思表示について（※2）  
必ずしも言葉に限らず、発声・身振りなど本人独自のサイン・表現を含みます。
- 4 対象となる紙おむつ等の種類（※3）  
紙おむつ（テープタイプ・パンツタイプ・パッドタイプ・フラットタイプ）、  
脱脂綿、サラシ、ガーゼが含まれます。  
この制度は、個々の障害状況に応じた必要最小限の数量を給付するものです。  
下痢にしばしばなる等を勘案して余分に給付するものではありません。  
なお、給付枚数は、1日10枚を上限とします。
- 5 脳原性運動機能障害を有する者が知的障害者であることをもって一律に対象とするのではなく、あくまで、個々の紙おむつの必要性についてご記入ください。