

紙おむつ等給付意見書

氏名			生年月日	年 月 日（ 歳）	
住所					
病名	発生 年 月 日				
障害の状況					
必要とする用具	<input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 脱脂綿・さらし・ガーゼ <input type="checkbox"/> 洗腸用具				
用具を必要とする理由	項 目			いずれかを○で囲むこと	
	1 ストマの著しい変形又はストマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストマ用具を装着できない。			該当	非該当
	2 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機能障害又は排便機能障害がある。			該当	非該当
	3 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。			該当	非該当
	4 脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿又は排便の意思表示が困難である。			該当	非該当
	①身体障害の原因となる疾病等			脳性麻痺・低酸素性脳障害・髄膜炎・脳炎・頭部外傷・低血糖症・核黄疸・その他	
	②上記の疾病等の発生時期			6歳未満	6歳以上
	③言語に限らず排尿又は排便の意思表示が困難	ア 自力でトイレに行けない。		該当	非該当
イ 自力で便座（排便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 介助による定時排せつができない。		該当	非該当		
その他参考事項					
上記のとおり日常生活において紙おむつ等が必要であると診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 印					

※裏面の注意書きを御覧の上、記入してください。

(裏面)

○注意

この意見書は、障害者日常生活用具の種目である紙おむつ等（紙おむつ、脱脂綿・さらし・ガーゼ、洗腸用具）の給付の可否を決定するための資料の1つとなるものです。

この意見書で、給付できる内容の記載がされている場合であっても、身体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がされないことがありますので、御了承ください。

○紙おむつ等の給付要件

身体障害者手帳で排便機能障害又は排尿機能障害が確認でき、かつ、以下のいずれかに該当する者であって紙おむつ等を必要とするもの

- 1 ストマの著しい変形又はストマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストマ用具を装着できない者
- 2 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機能障害又は排便機能障害がある者
- 3 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者
- 4 脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿又は排便の意思表示が困難な者で、以下のすべての要件を満たすもの
 - ① 身体病害の原因が次の疾病等によるもの
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
 - ② 上記の疾病等の発生時期が6歳未満であるもの
 - ③ 言語に限らずあらゆる方法によっても、排尿又は排便の意思表示ができないもの
 - ア 自力でトイレに行けない
 - イ 自力で便座（排便補助用具の使用を含む。）に座ることができない
 - ウ 介助による定時排せつができない