

意見書（紙おむつ用）						
氏名	男・女 M T S H 年 月 日生 歳					
住所						
障害名	障害者手帳 種 級					
障害の状況						
診 断 項 目 （全項目を記入してください）						
身体 の 状 況	1 座位能力（例：洋式便器に座れますか）	支持無く可能	背もたれで可能	支持装置で可能	いずれでも不可能	
	2 移動能力	歩行可能	介助歩行可能	車いす自走可能	電動車いす操作可能	
	いざり等可能	移動不可能				
3 移乗能力（例：車いす⇔便座などの乗り移り）	自立	要監視	要介助	不可能		
意思 伝 達 の 状 況	1 口語での意志疎通	可能	幼稚ながら可能	やや可能（単語程度）	ほぼ不可能	不可能
	2 便意・尿意の意志伝達	言語で可能	動作で可能	不可能		
※不可能の場合はその原因を記述してください（例：知的障害、知覚障害等）						
[]						
排 泄 の 状 況	1 おむつの使用状況	不使用	外出時のみ	施設（学校又は福祉施設）内	就労中	
		（夜間	日中	全日	その他＝	
	2 排尿・排便の際使用しているもの	膀胱留置カテーテル	膀胱瘻	ストマ	摘便介助	その他
	3 現在排泄は	自立	整った環境・設備で自立	誘導で可能	半介助	全介助
※自立でない場合は以下の条件ではどうですか						
	○時間誘導で排泄は		可能	不可能	判断困難	
	○支持装置（排泄補助具等）があれば排泄は		可能	不可能	判断困難	
	○介助者がいれば便器での排泄は		可能	不可能	判断困難	
4 排泄管理上、紙おむつの必要程度は	紙おむつでなくても良い（他で代用可能）			紙おむつが望ましい場合がある		
	常時紙おむつが望ましい			常時紙おむつでなければならない		
年 月 日 病院名						
医師名				印		