様式第2号（第3条関係）

粕屋町障がい(児)者紙おむつ等購入費助成医師意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　 　　月　　　　 日（　　　歳） |
| 住　所 |  |
| 障がい名 | 身障手帳 （　 １　・　２　）　 級 療育手帳Ａ判定　　　有 ・ 無　  |
| 障がい状　況 | （原傷病名）　　　　　　　　　　　　　　　　（発症時期）　　　　年　　　月（　　　歳）頃（身体障がい及び知的障がいの状況等） |
| 生活地 | 在宅生活に該当する（　該当 ・ 非該当　）　※非該当の場合は補助の対象となりません。 |
| 身　体状　況 | 座位能力 | 支持なしで可能 背もたれ等で可能 　座位不能 |
| 移動能力 | 歩行可能 　介助歩行可能 　歩行外移動可能（　　　　　　　　　） 　移動不可能 |
| 意思伝達状況 | 口語での意思疎通 | 可能　 単語程度 　ほぼ不可能　 不可能 |
| 便意・尿意の意思表示 | 言語で可能 動作で可能 不可能 |
| 排泄の状　況 | おむつの使用状況 | 夜間のみ 　日中のみ 　一日中 　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 排尿・排便用具等 | 留置カテーテル　膀胱瘻　ストマ　摘便　その他（　　　　　）　なし |
| 排尿動作 | 自立　一部介助（誘導で可）　全介助　 |
| 排便動作 | 自立　一部介助（誘導で可）　全介助　 |
| 総　合意　見 |  |
| 　常時紙おむつの使用が必要であることを証明します。　　　　　　年　　　月　　　日　所在地　医療機関名　診療科名　　　　　　　　　　　　　医師名（自署又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　 印　　 |