

日常生活用具給付意見書(紙おむつ交付用)

氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		
住所					
起因する傷病名 及び					
傷病発生年月日	傷病発生	昭和・平成	年	月	日頃
身体状況	1 便座での座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 不可能	
	2 便器への移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 不可能	
	3 トイレへの移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 不可能	
	特記事項				
	その他				
排せつの 意思表示	4 排尿の意思表示	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能	
	5 排便の意思表示	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能	
	特記事項				
	その他				
排せつ状況	排尿		排便		
	失禁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	失禁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	失禁の頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎回 <input type="checkbox"/> 時々	失禁の頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎回 <input type="checkbox"/> 時々	
	その他()	その他()			
紙おむつの 使用状況	<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 外出時のみ <input type="checkbox"/> その他 1日使用枚数 ()枚				
その他参考事項	介護に関する意見等				
紙おむつの必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要				
上記のとおり診断する。					
年 月 日					
医療機関名					
医 師 名					
印					