

紙おむつ判定書

次のとおり判定します。

氏名				年 月 日 (歳)	
住所					
障害名					
		身体障害者手帳： 種 級			
		療 育 手 帳： A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2			
原因となった疾病・外傷名					
疾病・外傷発生年月日		年 月 日 発生			
生活地		在宅 施設入所中 入院中 その他 ※施設・病院名等 ()			
障 害 の 状 況	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		
		便意の意思表示	言語で可能 動作で可能 不可能		
		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・排使用具等	尿管カテーテル 膀胱瘻 ストーマ 摘便 その他()		
		排尿動作	全介助 相当介助 一部介助(誘導で可) 自立		
		排便動作	全介助 相当介助 一部介助(誘導で可) 自立		
	☐ ①治療によって軽快の見込みのないストーマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストーマの変形のためストーマ装着ができない ☐ ②先天性疾患による高度の排尿機能障害又は排便機能障害である ☐ ③脳原性運動機能障害又は脳原性移動機能障害のある者で、排便排尿の意思表示が困難である ☐ ④知的障害のある者で、排便排尿の意思表示が困難である				
上記理由のため、紙おむつの必要性が(ある ・ ない)と認められます。					
年 月 日					
病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名					

(注)この判定書は、身体障害者手帳、療育手帳、特定医療費(指定難病)受給者証所持者への紙おむつ給付に必要なものです。対象者要件を満たしていない場合は給付の対象外となります。詳細は裏面もご参照ください。

**うるま市障害者等日常生活用具給付事業における紙おむつ判定書の
記載をするにあたり、確認していただく紙おむつの対象者要件について**

紙おむつ判定書を記載するにあたり、以下の内容について**必ず**ご確認ください。

1. 在宅の方、または紙おむつの持ち込みが可能な医療機関・施設への入院・入所中であること。

2. 以下の(1)～(4)のいずれかに該当する者で、紙おむつ判定書により必要と認められる者。

ただし、(4)の知的障害によるものにあつては、1年ごとに紙おむつ判定書で必要と認められる者とする。

(1) 治療によって軽快の見込みのないストーマ周辺の皮膚の著しいびらん、

ストーマの変形のためストーマ装着ができない者。

(2) 先天性疾患による高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害のある者。

(3) 脳原性運動機能障害又は脳原性移動機能障害であり、排便排尿の意思表示が困難な者。

(4) 療育手帳A1又はA2の知的障害であり、排便排尿の意思表示が困難な者。

※1 脳原性運動機能障害、脳原性移動機能障害とは、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によってもたらされた姿勢および運動の異常についてであり、具体的な例としては脳性麻痺等がある。

※2 上記の障害名や障害程度等の内容確認を身体障害者手帳、療育手帳等でも行います。その確認ができない場合、身体障害者手帳や療育手帳等の再認定手続き等から行っていただくことがあります。

3. 対象者の年齢が3歳以上であること。