

大分市指定収集袋減免制度用

ごみ減量推進課提出用

紙 お む つ 意 見 書

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日()歳	
住所		生活地	自宅・施設入所中・入院中 ※施設・病院名()			
障 害 の 状 況	排泄機能障害の原因 となった傷病名					
	排 尿	方 法	おむつ・身体障がい者用トイレ・様式トイレ・膀胱留置カテーテル・ストマ・ その他()			
		自 立 度	全介助・相当介助・誘導で可能・整った環境や設備で自立・自立			
		尿意伝達	困難・動作で可能・言語で可能			
	排 便	方 法	おむつ・身体障がい者用トイレ・様式トイレ・ストマ・摘便介助・ その他()			
		自 立 度	全介助・相当介助・誘導で可能・整った環境や設備で自立・自立			
		尿意伝達	困難・動作で可能・言語で可能			
	おむつの使用状況	一日中・夜間のみ・日中のみ・その他()				
	今後、排泄機能障害が改善される見込	有(理由)・無				
	排泄が困難となった理由					
	身 体 障 害	身体障害者手帳の有無		有 ・ 無		
		身体障害者手帳	原傷病名		等級	種 級
			障 害 名			
		座位能力	支持なしで可能 ・ 背もたれで可能 ・ 座位保持装置で可能 ・ 不能			
		移動能力	歩行可能 ・ 介助歩行可能 ・ 歩行外 ・ 移動可能 ※方法()			
移乗能力		自立 ・ 要監視 ・ 要介護 ・ 不能				
知 的 障 害	療育手帳	有 (障害程度) ・ 無				
	排泄への影響	有 ※具体的内容() ・ 無				
処 方	紙おむつ (排尿用及び排使用 ・ 排尿用のみ ・ 排使用のみ) その他特記事項()					
<p>年 月 日</p> <p>上記の者は、常時紙おむつを使用していることを認めます。</p> <p>医療機関の所在地 名称 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						