

大分市指定収集袋減免制度用

清掃管理課提出用

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> | | | | | | |