

日常生活用具給付意見書(紙おむつ等)

氏名	(年 月 日生)		
病名	発生 年 月 日		
障害の状況			
必要とする用具	(①②③のいずれかに○) ①紙おむつ ②脱脂綿・さらし・ガーゼ ③洗腸用具		
用具を必要とする理由	項目	(いずれかに○)	
	ストマの著しい変形もしくはストマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストマ用装具を装着できない	該当	非該当
	二分脊椎等先天性疾患(先天性鎖肛を除く)に起因する神経障害による高度の排尿又は排便機能障害がある	該当	非該当
	先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害がある	該当	非該当
	脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿もしくは排便の意思表示が困難である	該当	非該当
	①身体障害の原因となる疾病等	脳性麻痺・低酸素性脳障害 頭蓋内出血・髄膜炎・脳炎 頭部外傷・低血糖症・核黄疸 その他	
	②上記の疾病等の発生時期	6歳未満(就学前の幼児を含む)	6歳以上
	③その他	ア.自力でトイレに行けない	該当
	イ.自力で便座(排便補助用具の使用を含む)に座ることができない	該当	非該当
	ウ.介助による定期排泄ができない	該当	非該当
その他特記事項			
備考			
上記のとおり日常生活において用具が必要である。			
年 月 日			
医療機関所在地			
医療機関名			
医師氏名			
印			

日常生活用具給付意見書(電気式たん吸引器 等)

氏 名

(年 月 日生)

住 所

豊後高田市

障害の原因となつた傷病名

(身体障害者手帳所持者は手帳の「障害名」及び原傷病名、難病患者等は法に規定する疾患名を記載してください。)

発症: 年 月 日

障害の状況

発症: 年 月 日

必要とする用具

(①②③④のいずれかに○)

- ①ネブライザー(吸入器) ②電気式たん吸引器
③吸入器付吸引器 ④電気式たん吸引器(持続式自動吸引システム)

上記用具が必要な理由および使用効果

医学的な判定状況

- 【気管切開の有無】 なし あり
【酸素吸入の有無】 なし あり (分/分)
【活動能力の程度】
 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりならのぼれる。
 階段をゆっくりでものぼれないが、途中休みながらのぼれる。
 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。
 ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。
 息苦しくて身の回りのこともできない。
 寝たきりで、ほとんど動くことができない。

【摂食状況】 通常食 きざみ食 流動食 経管栄養

【吸入の必要頻度】ネブライザー (回/ 時間・日)程度

【吸痰の必要頻度】たん吸引器 (回/ 時間・日)程度

*吸入器付吸引器を必要とする場合は①②両方とも記入してください。

上記のとおり日常生活において用具が必要である。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

日常生活用具給付意見書(動脈血中酸素飽和度測定器)

氏 名

(年 月 日生)

住 所

豊後高田市

障害の原因と
なった傷病名

(身体障害者手帳所持者は手帳の「障害名」及び原傷病名、難病患者等は法に規定する疾患名を記載してください。)

発症: 年 月 日

障害の状況

発症: 年 月 日

用具が必要な理由お
よび使用効果

行っている療法
(チェック)

人工呼吸器療法を行っている

上記のとおり日常生活において用具(動脈血中酸素飽和度測定器)が必要である。

年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

印

日常生活用具給付意見書(その他用具)

氏 名

(年 月 日生)

住 所

豊後高田市

障害の原因と
なった傷病名

(身体障害者手帳所持者は手帳の「障害名」及び原傷病名、難病患者等は法に規定する疾患名を記載してください。)

発症: 年 月 日

障害の状況

発症: 年 月 日

用具が必要な理由お
よび使用効果

上記のとおり日常生活において用具が必要である。

年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

印