

紙おむつ意見書

(ふりがな) 氏名		男 女	M・T・S・H・R 年 月 日生 (歳)
住所			
原傷病名			
障害名			
現症及び 今後の見込み	(疾患の有無、障害の現症及び将来に渡る状況等)		
生活地	在宅 施設入所中 入院中 その他 *施設・病院名等 ()		
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	日常生活での意思疎通	会話で可能 単語程度 動作で可能 ほぼ不可能 不可能	
	便意・尿意の意思表示 *可能な場合、意思伝達をどのように行っているかの状況	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	留置カテーテル 膀胱瘻 ストマ 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	
	排泄コントロール	不可能 ほぼ不可能 ある程度可能 可能	
紙おむつの 必要程度と その永続性	常時紙おむつでなければならない 常時紙おむつが望ましい		
	紙おむつを必要とする場合がある 紙おむつは必要ない (他で代用可能)		
総合所見	上記状態は永続的である 上記状態は永続的でない		
	(紙おむつの必要性を医学的見地より記入ください)		
上記のとおり診断する			
年 月 日			
所在地			
医療機関名			
診療担当科名			
			医師名
			印

