

(様式2)

倉敷市障がい者（児）日常生活用具給付判定書

(排せつ管理支援用具給付事業用)

倉敷市長 宛て

指定自立支援医療機関（59条指定自立支援医療機関）

所在地

病院名

医師

住所氏名及び 生年月日	住所			
	氏名		生年月日	
身体障がい者手帳	() 都道府県・市 第 号	交付 年月日		
障がい名		手帳等級	級	
障がいの原因と なった傷病名		発症 年月日		
療育手帳	・有 (A ・ B) ・無			
判定	<input type="checkbox"/> 1 脳疾病による下肢又は体幹機能障がい2級以上の認定を18歳未満において受けた障がい児（者）で、排尿又は排便の意思表示が困難なため、おむつの使用が必要と認められる。 <input type="checkbox"/> 2 重度の知的障がい（療育手帳A）かつ下肢又は体幹機能障がい2級以上の障がい児（者）で、排尿又は排便の意思表示が困難なため、おむつの使用が必要と認められる。 <input type="checkbox"/> 3 上記には該当しない。 <input type="checkbox"/> 給付対象外 <input type="checkbox"/> その他 ()			
医学的判定状況 (全項目記入してください。)	身体の状況 1 座位能力（様式便器での座位が可能か） 支持がなくても可能 ・ 背もたれで可能 ・ 支持装置で可能 ・ 不可能 2 移動能力（便器までの移動が可能か） 歩行可能 ・ 手すりや器具等により自力での歩行可能 ・ 車いす自走可能 電動車いす自走可能 ・ いざり等で可能 ・ 不可能 3 移乗能力（寝台から車いす、車いすから便器等の乗り移りが可能か） 自立 ・ 見守りが必要 ・ 介助が必要 ・ 不可能			
	意思伝達の状況 1 意思疎通 口語可能 ・ 一部口語可能 ・ 動作により可能 ・ 動作により一部可能 装置等の使用により可能 ・ 装置等に使用により一部可能 ・ 不可能 2 便意・尿意の意思伝達 口語により可能 ・ 動作により可能 ・ 装置等の使用により可能 ・ 不可能			
	排尿・排便の状況 1 排尿機能障がい あり ・ なし 2 排便機能障がい あり ・ なし 3 ストーマ装具の使用 あり（種類： ） ・ なし 4 おむつの使用 常時使用 ・ 夜間のみ使用 ・ 日中のみ使用 ・ 外出時のみ使用 ・ 不使用			
意見 (使用効果見込)				

<倉敷市排せつ管理支援用具給付事業において、おむつ給付の対象となる人>

- 1 おむつの受給対象者は、3歳以上であって次のいずれかに該当する人とします。
 - (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、ストーマの変形又は不適切なストーマの造設箇所のため長期にわたりストーマ装具を装着することができない者並びに先天性疾患(二分脊椎等)(先天性鎖肛を除く。)に起因する神経障がいによる高度の排尿機能障がい又は高度の排便機能障がいのある者及び先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する神経障がいによる高度の排便機能障がいのある者で、おむつの使用を必要とする者(※1)
 - (2) 18才未満において脳疾病により下肢又は体幹機能障がい2級以上の認定を受けた者であって、排尿、排便の意思表示が困難なため、おむつの使用が必要と認められる者(※2)
 - (3) 療育手帳Aかつ下肢又は体幹機能障がい2級以上であって、排尿、排便の意思表示が困難なため、おむつの使用が必要と認められる者

※1 当判定書の提出は不要です。ただし、身体障がい者手帳等により事実の確認が行えない場合、医師の意見書(任意の様式)の提出が必要となる場合があります。

※2 障がいの原因が脳疾病である場合に限られます。また、18歳未満において身体障害者福祉法に基づく下肢又は体幹機能障がい2級以上の障がい認定を受けていることが必要です。