様式第８号

紙おむつ給付にかかる状況調査書・意見書

氏　　名	男・女	年　　月　　日生	
身体障がい者手帳 障がい名		等級	種　　級
原　疾　患　名	（発症時期　　年　　月　　歳頃）　※不明の場合は６歳までの経過を記載		
生　活　の　場　所	・在宅　・施設（　　）・病院（　　）　・その他（　　）		
口語での意思疎通	※家族以外の第三者に対する理解状況で記載すること ・　単語を並べる程度の会話はできる ・　数語の単語は言えるが、会話にならない ・　発語らしきものが１～２あるが、ほとんど発音のみである ・　音声を発する程度 ・　話しかけると声を出して笑う程度 ・　人に笑いかけることは出来ない		
排泄の予告	※家族以外の第三者に対する理解状況で記載すること ・　明確に表示可能 ・　不明瞭ながら可能であり、便尿失禁なし ・　不明瞭ながら可能であるが、不確実なため便尿失禁あり ・　意思表示不可能		
その他の状況	座位の保持	可能　・　不可能	
	時間誘導による排泄	可能　・　不可能	
紙おむつの使用状況	・　紙おむつの使用あり　　・　紙おむつの使用なし		
交付についての意見			

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関名

医師氏名

※身体障害者福祉法第１５条の指定医師又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５９条１項に定める指定自立支援医療機関（育成医療）の医師が記入すること。

（R4.4）