紙おむつ交付にかかる意見書

氏　　名	□男　□女	生年月日	年　　月　　日生　（　　歳）		
障 害 名				等級	
原疾患名（不明の場合は6歳時までの経過を記載）	（発症時期　　年　　月　　歳頃）				
生 活 地	在宅 ・ 施設（　　）・ 病院（　　）・ その他（　　）				
口語での意志疎通	※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、会話にはならない □ 発語らしきものが1～2あるが、ほとんど発声のみである □ 音声を発する程度 □ 話しかけると声を出して笑う程度 □ ひとに笑いかけることはできない			
排泄の予告		□ 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 □ 意志表示不可能			
紙おむつの使用状況	□ 紙おむつ使用あり（　　日/月）　　□ 紙おむつ使用なし				
交付についての意見					

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

医療機関の住所　　電話番号

医療機関の名称　　医師氏名　　印

（診療科名　　）

※等級について、療育手帳を所持している場合は、そちらの等級も記入してください。

※意志伝達状況及び排泄の予告欄については、それぞれ該当するもの1ヵ所にチェック印を記入してください。

※ご不明な点がございましたら、延岡市役所　障がい福祉課（0982-22-7059）まで、お問い合わせください。