

日常生活用具（紙おむつ判定書）

次のとおり判定します。

※必ず裏面もご確認ください。

表面

氏名		男・女	昭和・平成・令和	年	月	日生	（才）
住所							
障害名	身体障害者手帳 種 級 療育手帳 A1 A2						
原因となった疾病・外傷名 及び疾病・外傷発生年月日							
障 害 の 状 況	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	口語での意志疎通	可能 単語程度 ほぼ不可能 不可能				
		便意の意思表示	言語で可能 動作で可能 不可能				
		尿意の意思表示	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	尿管カテーテル 膀胱瘻 ストマ 摘便 その他（ ）				
		排尿動作	全介助 一部介助（誘導で可） 自立				
排便動作		全介助 一部介助（誘導で可） 自立					
上記のとおり、（ 脳原性運動機能障害 その他の障害 ）により、（ 排尿 排便 ） の意思表示が困難で、紙おむつの必要性が（ ある ない ）と認められます。							
令和 年 月 日							
病院又は診療所名 所在地 診療担当課名 作成医師氏名							

沖縄市役所 健康福祉部 障がい福祉課

（注）この判定書は、本判定書裏面、2の（1）～（4）の理由により排尿若しくは排便の意思表示が困難で、紙おむつを必要とされる方（身体障害者手帳所持者、療育手帳A1またはA2所持者）の紙おむつの交付に必要なものです。要件を満たしていない場合は交付の対象外となります。

沖縄市日常生活用具給付事業における紙おむつ判定書の記載をするにあたり、確認していただく紙おむつの給付要件について

紙おむつ判定書を記載するにあたり、以下の内容について、必ず御確認ください。

1. 在宅であること。（有料老人ホームやグループホーム等の施設については対象外）

2. 以下の（１）～（４）のいずれかに該当する者で、紙おむつ判定書により必要と認められる者

- （１） 直腸機能障害または膀胱機能障害の記載があるもので、治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの変形のためストマ装着ができない者
- （２） 直腸機能障害または膀胱機能障害の記載があるもので、先天性疾患による高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害のある者
- （３） 脳原性運動（移動）機能障害若しくは脳性麻痺であり、かつ、排便排尿の意思表示ができない者で、以下のア～ウの条件がいずれも該当する者
 - ア 自力でトイレに行けないこと。
 - イ 自分で便座（排便補助具の使用を含む。）に座ることができないこと。
 - ウ 介助による定時排泄をすることができないこと。
- （４） 療育手帳A1またはA2の交付をうけたもので、年に一回の判定書により排尿（排便）の意思表示が困難で常時紙おむつ等を必要とする者

※脳原性運動機能障害、脳原性移動機能障害とは、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によってもたらされた姿勢および運動の異常についてであり、具体的な例としては脳性麻痺がある。

※身体障害者手帳で以上の内容を確認する必要があり、その確認ができない場合は内容によっては身体障害者手帳の更新から行っていただくことがあります。

3. 3歳以上であること。