八代市日常生活用具給付等事業実施要領に基づく紙おむつ給付意見書

※必ず裏面の診断基準により作成ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住　　　所 |  |

□ストマの著しい変形等によりストマ装具の使用が困難な方

|  |
| --- |
| 【ストマ装具が使用できない具体的な理由】【紙おむつを常時必要とする理由】 |

□高度の排便機能障害である方（該当する項目に☑及び記入してください）

|  |
| --- |
| （１）原因□先天性疾患に起因する神経障害（例：二分脊椎等）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他□先天性鎖肛に対する肛門形成術（手術日：　　　年　　月　　日）□小腸肛門吻合術（手術日：　　　年　　月　　日）（２）排便機能障害の状態・対応□完全便失禁□軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある□週に２回以上の定期的な用手摘便が必要□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

□高度の排尿機能障害である者（該当する項目に☑及び記入してください）

|  |
| --- |
| （１）原因□神経障害　□先天性（例：二分脊椎等）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□直腸の手術（手術日：　　　年　　月　　日）□術式（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□自然排尿型代用ぼうこう（手術日：　　　年　　月　　日）□術式（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（２）排尿機能障害の状態・対応□カテーテルの常時留置□自己導尿の常時施行□完全尿失禁□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

上記のとおり診断する。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

診療担当科名

医師氏名

病院又は診療所の名称

所在地　〒

電話番号

「身体障害者福祉法指定医必携」に基づく診断基準（抜粋）

①「ストマの著しい変形等によりストマ装具の使用が困難な状態」

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，又は不適切なストマの造設個所のため，長期にわたるストマ用装具の装着 が困難な状態のものをいう。

②「高度の排尿機能障害」

先天性疾患による神経障害，又は直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこう（新ぼうこう）による神経因性ぼうこうに起因し，カテーテル留置又は自己導尿の常時施行 を必要とする状態のものをいう。

③「高度の排便機能障害」

先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害，又は先天性鎖肛に対する肛門形成術又は小腸肛門吻合術 （注６）に起因し，かつ，（ア）又は（イ）のいずれかに該当するものをいう。

 （ア） 完全便失禁を伴い，治療によって軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある 状態

（イ） １週間に２回以上の定期的な用手摘便を要する高度な便秘を伴う状態のいずれかに該当するものをいう。

 （注６）「小腸肛門吻合術」とは，小腸と肛門歯状線以 下（肛門側）とを吻合する術式をいう。