

おむつ使用状況証明書

杉並区長 宛

(障害者) 住 所 杉並区

氏 名

生年月日 年 月 日

上記の者は、下記のとおりおむつを使用していることを証明いたします。

記

おむつの使用状況	<input type="checkbox"/> 常時おむつを使用している <input type="checkbox"/> 夜間のみおむつを使用している <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
おむつの使用の理由	<input type="checkbox"/> 尿意等の感覚機能を喪失している <input type="checkbox"/> 尿意等を介護者に伝えることができない <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)

注) 各項目の該当するもの1つに印をつけてください。

注) 医師・看護師等が記入してください。

注) 「ぼうこう又は直腸の機能障害4級」の方については、裏面も記入してください。

年 月 日

調査確認者 所属

職

氏名

_____ (印)

(裏面)

障害の状況 (ぼうこう又は直腸の機能障害4級の方)

高度の排尿機能障害

(1) 原因

神経障害

先天性()
(例 二分脊椎 等)

直腸の手術

・術式()

・手術日(年 月 日)

自然排尿型代用ぼうこう

・術式()

・手術日(年 月 日)

(2) 排尿機能障害の状態及び対応

カテーテルの常時留置

自己導尿の常時施行

完全尿失禁

高度の排便機能障害

(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いちじるしいびらんがある。

週2回以上の定期的な用手摘便が必要