日常生活用具給付意見書（その他）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者（児）の住所、氏名及び生年月日 | 住　所 |  | | | | |
| 氏　名 |  | | 生年月日 | | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  　　年　　月　　日（　　才） |
| 病名・疾患名 |  | | | | | |
| 障害の部位及びその状況 |  | | | | | |
| 手帳の状況 | 身体　　　級  療育  精神　　　級 | | 難病の受給者証 | | 有（　　　　　　　　　）・無 | |
| 介護認定の有無 | | 有（区分：　　　　　　）・無 | |
| 用具の名称・  処方及び意見 | 用具の名称 | |  | | | |
| 処方 | |  | | | |
| 給付にかかる  意見 | |  | | | |
| その他 |  | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　　年　　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名 | | | | | | |

日常生活用具給付意見書（排泄管理支援用具）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者（児）の住所、氏名及び生年月日 | 住　所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | 生年月日 | | | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  　　年　　月　　日（　　才） | | | | |
| 病名・疾患名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の部位及びその状況 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 手帳の状況 | 身体　　　級  療育  精神　　　級 | | | 難病の受給者証 | | | | 有（　　　　　　　　　）・無 | | | | | | |
| 介護認定の有無 | | | | 有（区分：　　　　　　）・無 | | | | | | |
| 用具の名称  及び意見 | 用具の名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 給付にかかる意見 | | 移乗 | | □ | 介助されていない | | □ | 見守り等 | | □ | 一部介助 | □ | 全介助 |
| 移動 | | □ | 介助されていない | | □ | 見守り等 | | □ | 一部介助 | □ | 全介助 |
| 排尿 | | □ | 介助されていない | | □ | 見守り等 | | □ | 一部介助 | □ | 全介助 |
| 排便 | | □ | 介助されていない | | □ | 見守り等 | | □ | 一部介助 | □ | 全介助 |
| ズボン等の着脱 | | □ | 介助されていない | | □ | 見守り等 | | □ | 一部介助 | □ | 全介助 |
| （特記） | | | | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　　年　　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名 | | | | | | | | | | | | | | |