

日常生活用具給付意見書（紙おむつ等用）

氏 名		生年月日	年 月 日生（ 歳）		
病 名	発生日 年 月 日				
障害の状況					
必要とする 用具	※①・②・③いずれかに○ ①紙おむつ ②脱脂綿、サラシ、ガーゼ ③洗腸用具				
用具を必要 とする理由	項 目			(いずれかに○)	
	I) ぼうこう・直腸機能障害で、ストーマ装具を装着できない			該当	非該当
	II) 脳性麻痺等脳原性運動機能障害（乳幼児期以前に発した非進行性脳病変によるもの）により、排尿若しくは排便の意思表示が困難である			該当	非該当
	ア、自力でトイレに行けない			該当	非該当
	イ、自力で便座（排便補助用具に使用を含む）に座ることができない			該当	非該当
	ウ、介助による定時排泄をすることができない			該当	非該当
	その他の特記事項				
備 考					
上記のとおり用具が必要である。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; padding: 20px;"> <div style="text-align: center;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center;"> 医療機関名 所在地 作成医師氏名 </div> <div style="text-align: right;"> ⑩ </div> </div>					