

## 日常生活用具給付意見書（紙おむつ用）

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
障害名及び原因となった疾病・外傷名			
障害の状況（紙おむつを必要と認める理由）			
高度の排便、排尿機能障害のある全身性障害児（者）等であり、			
該当するものに、○をしてください。	（    ）	ストーマの著しい変形もしくはストーマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストーマ用装具の使用が困難である。	
（    ）	先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害による高度の排尿機能障害、又は高度の排便機能障害がある。		
（    ）	先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する排便機能障害がある。		
（    ）	脳性麻痺等脳原性運動機能障害により、排尿若しくは排便の意思表示が困難である。		
紙おむつ使用効果見込み			
<div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">年    月    日</div> <div style="text-align: center;">             医療機関名              所在地              診療担当科名              診療医師氏名         </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span> </div>			