

日常生活用具交付要否意見書（紙おむつ）

氏名		年齢	歳	市町村名	
受傷原因	脳原生運動機能障害が生じた原因を記載すること。 1 先天性 2 疾病 () 3 外傷 () 4 その他 ()				
受傷年齢	歳 月 頃				
疾病・外傷名					
障害現症	起居動作等の身体的状況と便意、尿便の意思表示の状態を記載すること。 便意の意思表示： 1 あり 2 なし 尿意の意思表示： 1 あり 2 なし				
記載年月日 令和 年 月 日 医療機関名 医師名 ⑩					
【記載上の留意事項】 選択肢がある場合は、該当する項目に○印を付け、() については具体的内容を記載すること。					
備考	脳原生麻痺等、脳原生運動機能障害により紙おむつの交付が必要となるのは、排尿もしくは排便の意思表示が困難な方である。				