

日常生活用具給付要否意見書（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 ヶ月 頃				
疾病・外傷名					
障害現症	起居動作等の身体的状況と尿便の意思表示の状態を記載すること。 便の意思表示： 1 あり 2 なし 尿の意思表示： 1 あり 2 なし				
記載年月日 年 月 日					
医療機関名					
医師名 印					
【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	対象者：脳原生運動機能障害を有し、かつ意思表示困難な身体障害者（児）。ただし、3歳以上の者。				