

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	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					
紙おむつを 必要とする 理由					
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：ストマの著しい変形等によりストマ装具の使用が困難な身体障害者				