

# 日常生活用具給付意見書

氏名	年 月 日生 ( 歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
<p>障害の状況 (該当するものに○)</p> <p>(1) ぼうこう又は直腸機能に障害があるが、治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの変形等のためストマ用装具を装着することができないもの</p> <p>(2) 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のあるもの</p> <p>(3) 先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のあるもの</p> <p>(4) 脳性麻痺等脳原性疾患により、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害又は全身性の肢体不自由がある者</p> <p>(5) 知的障害があるもの</p>	
必要と認める日常生活用具の種目、名称	
紙おむつ	
上の日常生活用具を必要と認める理由 (障害の状況が(4)及び(5)の場合具体的に記載)	
必要と認める日常生活用具の使用効果見込み	
<p>上記のとおり意見する</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">病院又は診療所名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">診療担当科名</p> <p style="text-align: center;">作成医師氏名</p>	