

## 日常生活用具（紙オムツ）給付の意見書

氏 名	
住 所	松阪市
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
障害名または病名	
障害の部位及びその状況	<p>排せつコントロールが不可能な排便又は排尿の機能に障がいのある全身性障がい者等（3歳以上であって次のいずれかに該当する者）</p> <p><input type="checkbox"/> 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、ストマの変形のためストマ用装具を装着することができない者</p> <p><input type="checkbox"/> 高度の排尿機能障害（ただし、3歳未満に発症した先天性疾患等に起因する神経障害によるものに限る）又は高度の排便機能障害（先天性鎖肛を除く）のある者（注1）</p> <p><input type="checkbox"/> 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者（注2）</p> <p><input type="checkbox"/> 脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿又は排便の意思表示が困難な者（注3）</p> <p><small>（注1・注2・注3）用語の定義は、身体障害者認定基準の取扱い（身体障害者認定要領）について（平成15年1月10日付け障企発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）で使用する用語の例によります。</small></p> <p><b><u>上記のうち、該当するものにチェックを入れたうえで、下記の紙オムツの必要性もご記入ください。</u></b></p>
紙オムツの必要性	
備 考	
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師名（署名又は記名押印）</p>	