

## 日常生活用具給付医師意見書（紙オムツ）

次のとおり判定します。

氏名	生年月日 年 月 日（ 歳）			
住所				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 直腸機能障害（ ）級 <input type="checkbox"/> 膀胱機能障害（ ）級 <input type="checkbox"/> 脳原性運動機能障害（ ）級	種別等級：	種 級	
療育手帳	障害の程度（総合判定）： A1 ・ A2 次の判定年月： 年 月 ※下記の④を対象として申請する場合、申請日が再判定時期を過ぎている方は療育手帳の再判定を受けてからの申請となります。			
障害の原因となった疾病・外傷名、 疾病・外傷発生年月日	年 月 日発生 ・ 不明			
対象者（児）の状態（項目ごとに「該当」、又は「非該当」のいずれかに○を付けてください。）	①	身体障害者手帳（直腸機能障害または膀胱機能障害）の交付を受けた者で、ストーマの著しい変形などによりストーマ用装具を装着することができない者	該当	非該当
	②	身体障害者手帳（直腸機能障害または膀胱機能障害）の交付を受けた者で、先天性疾患に起因する神経障害による高度の排尿（排便）機能障害もしくは、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	該当	非該当
	③	身体障害者手帳（脳原性運動機能障害）の交付を受けた者で、排尿（排便）の意思表示が困難な者	該当	非該当
	④	療育手帳（A1又はA2）の交付を受けた者で、排尿（排便）の意思表示が困難であり、かつ、自力での排泄及び介助による定時排泄が困難な者	該当	非該当
上記のとおり、常時紙オムツの必要性が（ ある ・ ない ）と認められます。				
年 月 日				
所在地				
医療機関名				
医師氏名				
印				

（注）この意見書は、紙オムツ給付申請に必要なものです。要件を満たしていない場合は給付の対象外となります。未記入等の不備や不明な点がありますと給付可否の審査ができないことがありますので、正確にご記入ください。