

日常生活用具給付意見書（紙おむつ用）

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
障 が い 名			
障がいの状況	① 尿意・便意の意思表示について 尿意・便意を介護者へ伝えることができない。 <div><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</div>		
	② 排泄への対応 定時排泄等のコントロールが困難である。 <div><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</div>		
	③ おむつの必要性 常時おむつが必要である。 <div><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</div>		
	④ その他、おむつの必要性に関する意見 ()		
備 考			
年 月 日			
医療機関 所在地 名 称 電 話 医師氏名			
印			

※ 知的障がいの状況により、常時おむつが必要な知的障がい児（3歳以上18歳未満）については、毎年、年度当初の申請時に意見書の提出が必要です。