

この意見書が必要となる日常生活用具名

人工喉頭・透析液加温器・ネブライザー（吸引器）・電気式たん吸引器・
頭部保護帽（オーダーメイド）

日常生活用具支給意見書 (紙おむつ用)

氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日 (歳)	
住所	美馬市			手帳等級	種 級			
病名	(発生 年 月 日)							
障害の状況								
用具を必要とする理由	項 目			(いずれかに○)				
	○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			該当	非該当			
	○二分脊椎等先天性疾患(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又は排便機能障害がある			該当	非該当			
	○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がある			該当	非該当			
	○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である			該当	非該当			
	※①～③の全てに該当し、疾病等の発生時期が6歳未満の方が給付対象	①身体障害の原因となる疾病等			脳性麻痺・低酸素性脳障害・頭蓋内出血・髄膜炎・脳炎・頭部外傷・低血糖症・核黄疸・その他 ()			
		②上記の疾病等の発生時期			6歳未満(就学前の幼児を含む)	6歳以上		
		③言語に限らない排尿もしくは排便の意思表示	ア. 自力でトイレに行けない		該当	非該当		
イ. 自力で便座(排便補助用具の使用を含む)に座ることができない			該当	非該当				
ウ. 介助による定時排泄ができない			該当	非該当				
その他特記事項								
備考								
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>病院又は診療所名称 所在地 診療担当科名 作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>								

