

日常生活用具給付要否意見書（紙おむつ等）

函館市

氏名		年齢		市町村名	
受傷原因	脳原性運動機能障害等が生じた原因を記載すること。 1. 先天性 2. 疾病（ ） 3. 外傷（ ） 4. その他（ ）				
受傷年齢	歳 ヶ月頃				
疾病・外傷名					
障害現症	起居動作等の身体的状況と便意，尿意の意思表示の状態を記載すること。 便意の意思表示 : 1. なし 2. あり 尿意の意思表示 : 1. なし 2. あり				
必要な用具	1. 紙おむつ 2. 脱脂綿 3. ガーゼ				
記載年月日 年 月 日 医療機関名 医 師 名 印					
【記載上の留意事項】 選択肢がある場合は，該当する項目に○印を付け，（ ）については具体的内容を記載すること。					
備考	脳性麻痺等脳原性運動機能障害等により紙おむつ等の交付が必要となるのは，排尿若しくは排便の意思表示が困難な方である。				