日常生活用具支給意見書　（紙おむつ）

<table>
<tr><td rowspan="3">身体障害者（児）</td><td>住　所</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>障　害　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>療　育　手　帳</td><td colspan="2">Ⓐ　A　Ⓑ　B　なし</td></tr>
<tr><td>状　況</td><td colspan="2">便意・尿意の自覚
あり　・　なし

排便の自覚
あり　・　なし

排便したことを介助者に伝えること
できる　・　できない</td></tr>
<tr><td>再　判　定</td><td colspan="2">要　（　　年　　月　）・　不要</td></tr>
<tr><td>そ　の　他
医　師　所　見</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり日常生活用具（紙おむつ）の必要性を認める。

令和　　年　　月　　日

医療機関名
所　在　地
診療担当科　　科　医師氏名</td></tr>
</table>