

日常生活用具交付意見書
(紙おむつ)

氏 名

住 所

対馬市

生 年 月 日

T・S・H・R 年 月 日

障害の原因となる疾患

必要とする日常生活用具

交付についての意見

高度の排便機能障害又は脳原性運動機能障害を有する場合は、(ア) (ウ) (エ) を記入すること

高度の排尿機能障害を有する場合は、(イ) (エ) を記入すること

(ア) 高度の排便機能障害又は脳原性運動機能障害の状況

(イ) 高度の排尿機能障害の状況

(ウ) 意思表示困難な者と認められる状況

(エ) 交付を必要とする理由

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印