その２

日常生活用具給付意見書（紙おむつ等）

氏　名		年　齢	歳
受傷原因	脳原性運動機能障がい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　　ケ月　頃		
疾病・外傷名			
障がい現症	起居動作等の身体的状況と便意、尿意の意思表示の状況を記載すること。 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		
年　　月　　日 医療機関名 医　師　名　　印			

備考１　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。

２　脳性麻痺等脳原性運動機能障がいにより紙おむつ等の給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す。