

医師意見書（紙おむつ給付用）

（提出先） 大阪市 区保健福祉センター所長

フリガナ		生年 月日	年 月 日
対象者氏名			
対象者住所	大阪市 区		
疾病名			
排尿もしくは排便の意思表示が困難となった原因の障がい名及び障がいの程度 <u>※右の口の該当する箇所にチェックが必要です。</u>	<input type="checkbox"/> 乳幼児期以前に発症した非進行性の脳病変による脳原性運動機能障がい（等級： 級） <input type="checkbox"/> 下肢障がい（等級： 級） <input type="checkbox"/> 体幹機能障がい（等級： 級） <input type="checkbox"/> 知的障がい（等級： ） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能障がい（等級： 級） <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障がい（等級： 級） <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法施行令第1条に基づき、厚生労働大臣が定める疾病（難病等）		
福祉用具等の使用による排尿もしくは排便の意思表示の可否 <u>※右の口のいずれかにチェックが必要です。</u>	<input type="checkbox"/> 福祉用具等（重度障がい者用意思伝達装置、音を鳴らす、筆談等）の使用により、排尿もしくは排便の意思表示が可能 <input type="checkbox"/> 福祉用具等の使用による排尿もしくは排便の意思表示も困難		
障がいの状態			
備考			
上記のとおり、紙おむつの使用が（ 必要 ・ 不要 ）と意見する。 年 月 日 医療機関名： 医療機関所在地： 医師氏名：			

【注】 この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ、ご交付くださいますようお願いいたします。