

医師意見書（紙おむつ等用）

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
障害の状況			
障害の原因			
障害等の状況が該当するものに✓を入れてください。 ※①から⑥のいずれかに該当し、常時紙おむつの使用が必要な者が支給対象となります。			
<input type="checkbox"/> ① 二分脊椎によるぼうこう又は直腸機能障害者			
<input type="checkbox"/> ② 先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する直腸機能障害者			
<input type="checkbox"/> ③ 脳原性運動機能障害のうち移動機能障害2級以上の者			
<input type="checkbox"/> ④ 下肢又は体幹機能障害2級以上の者で、その障害が乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によってもたらされたものである			
<input type="checkbox"/> ⑤ 下肢又は体幹機能障害2級以上の者で、その障害の原因が先天性の脊髄性疾患である			
<input type="checkbox"/> ⑥ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づき療養介護の事業を行う事業所又は児童福祉法に基づく医療型障害児入所施設に入所中であり、高度の排便又は排尿機能障害がある 入所事業所又は施設名 { }			
※①から⑤に該当する場合は対象となる障害について身体障害者福祉法第15条に基づく指定を受けた医師、⑥に該当する場合は入所先の医師がこの意見書を記入してください。			
排泄の状況	<input type="checkbox"/> 自力で移動・移乗・便座に座ることができない <input type="checkbox"/> 排尿・排便の意思表示が困難 <input type="checkbox"/> 定時排泄等による排泄のコントロールができない <input type="checkbox"/> その他特記事項 { }		
	<input type="checkbox"/> 常時紙おむつの使用が必要である		
年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名			

※該当する□に✓を入れ、{ }には記入をしてください。