

日常生活用具給付意見書			
氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳）
住所			
障がい名及び原因となった疾病・外傷名			
※ 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施行令で定める特殊の疾病（難病等）に【 <input type="checkbox"/> 該当する ・ <input type="checkbox"/> 該当しない 】			
障がい・疾患の状況			
必要と認める日常生活用具	日常生活用具の種目，名称		
	処方意見（上記日常生活用具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。）		
	<u>【紙オムツ，洗腸用具，サラシ・ガーゼ・脱脂綿など衛生用品の場合】</u> ※該当するものをチェックする。 <input type="checkbox"/> ストーマの著しい変形もしくはストーマ周辺の著しい皮膚のびらんのため，ストーマ用装具を装着できない <input type="checkbox"/> 先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障がいによる高度の排尿又は排便機能障がいがある <input type="checkbox"/> 先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障がいがある <input type="checkbox"/> 3歳以下で発生した脳性麻痺などにより脳原性運動機能障がい，四肢機能障がい又は体幹機能障がいを有するもので，排尿もしくは排便の意思表示ができない		
	使用効果見込み		
	上記のとおり意見する。		
年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名			