八代市日常生活用具給付等事業実施要領に基づく紙おむつ給付意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | 　 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住　　　所 |  |

※該当する項目に☑及び記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| １　脳原性運動機能障害 | □無□有※有の場合の具体的な状況 |
| ２　排泄の意思表示 | □できる□できるときがある※具体的な状況□全くできない |
| ３　紙おむつの必要性 | □場合によって必要※具体的な状況□常時必要 |
| ４　その他 |  |

上記のとおり診断する。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

診療担当科名

医師氏名

病院又は診療所の名称

所在地　〒

所在地　〒

電話番号

「身体障害者福祉法指定医必携」に基づく診断基準（抜粋）

③脳原性運動機能障がいかつ意思表示困難者

脳の神経制御機構の障害により重度四肢機能障害または体幹機能障害があり、かつ排泄の意思表示が困難であり常時紙おむつの使用が必要な者