

様式第3号(第5条関係)

(表)

| 日常生活用具給付意見書 (紙おむつⅠ・紙おむつⅡ) | | | |
|---|--|----------|-----|
| 患者氏名 | | 生 年 月 日 | 性 別 |
| | | 年 月 日 生 | 男・女 |
| 患者住所 | 紀の川市 | | |
| 障害名 | (発症年月 年 月) | | |
| 症状等(紙おむつを必要とする身体の状況等) | | | |
| 項 目 | | (いずれかに○) | |
| 治療により軽快する見込みのないストーマ周辺の皮膚の著しいびらんやストーマの変形のためにストーマ用装具を装着することができない者で、紙おむつを必要とする者(児) | | 該当 | 非該当 |
| 先天性疾患又は18歳に達するまでに発症した疾患に起因する神経障害による高度の排便又は排尿機能障害者で、紙おむつを必要とする者(児) | | 該当 | 非該当 |
| 脳原性運動機能障害により排尿又は排便の意思表示が困難な者で、紙おむつを必要とする者(児) | | 該当 | 非該当 |
| 上記に該当しないが、寝たきり又は常時失禁状態にある者(児) | | 該当 | 非該当 |
| 日常生活用具の必要性 | 1. 障害等の状況上、紙おむつの給付が必要である。 2. 障害等の状況上、紙おむつの給付は必要でない。 | | |
| 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 担当医師 氏名 担当医師 連絡先 TEL () | | | |

(裏)

医師の皆様へ

紀の川市では、障害者等の日常及び療養生活を支援するため「紀の川市日常生活用具給付事業」を実施しています。この事業において用具の給付を受けていただくために、医師の意見書が必要な場合があります。

つきましては、本事業の趣旨をご理解の上、指定の意見書にご記入くださいますようお願いいたします。

意見書には、在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾患に関する現在の主要症状及び当該疾患に係る現状及び病状から必要と認められる用具がある場合、用具の名称を記載してください。