

別紙2

日常生活用具等給付意見書（紙おむつ用）	
対象者	住 所：
	氏 名：
	生年月日： 年 月 日
障害の部位及びその状況 （難病患者等の場合は疾患名、症状）	
必要とする用具の種目	紙おむつ
用具が必要な理由	※ 該当する項目に○を付けてください。 1 ストマの著しい変形又はストマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストマ装具の装着が困難なため。 2 3歳までの先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）に起因する神経障害による高度の排尿機能障害又は排便機能障害があるため。 3 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害があるため。 4 四肢又は体幹機能に障害があり、脳性麻痺等脳原性運動機能障害（3歳未満のうちに発現した非進行性脳病変によるものに限る。）、脳炎、無酸素脳症などであって、次の（1）から（3）までのいずれにも該当するため。（乳幼児期以降にかかった疾病等に起因する頭部外傷、脳血管障害は対象外） （1）自力でトイレに行くことができない。 （2）自力で便座（排便補助具を使用した場合を含む。）に座ることができない。 （3）排尿又は排便の意思表示が困難で、かつ、介助による定期排泄をすることができない。
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名	