

鷹栖町日常生活用具給付意見書(身体障害者等)

氏 名	(年 月 日 生)			
病 名	発生 年 月 日 障害の原因:(先天性・後天性(外傷・産業・交通・疾病・その他))			
障害の状況	(必要な用具が紙おむつ等である場合は、起居動作等の身体状況と便意・尿意の意思表示の状態を記載すること。)			
日常生活用具の名称	紙おむつ等の場合 便意の意思表示(有・無) 尿意の意思表示(有・無) 紙おむつ等の場合 1 紙おむつ 2 脱脂綿 3 ガーゼ			
用具を必要とする理由				
備 考				
上記のとおり日常生活において用具が必要である。				
年 月 日				
医 療 機 関 名				
医 師			印	