

在宅障害者等紙おむつ給付意見書

氏名		男・女	年 月 日生
住所	島本町		
障害名及び原因となった疾病・外傷名			
障害の状況（常時紙おむつが必要な理由が分かるよう記載してください）			
＝ 該当事項を○で囲んでください ＝ 常時臥床 ・ 常時失禁 ・ 時々失禁 ・ 排便の誘導不能 ・ 便器の使用不能			
年 月 日			
医療機関名			
診療担当課名			
医師氏名			
印			