

# 日常生活用具交付意見書

年 月 日

医療機関名

医 師 氏 名

印

次のとおり診断します。

日常生活用具の交付を要する対象者	氏 名	( 年 月 日生)		
	住 所			
障害名及び原因となった疾病				
紙おむつを必要とする理由				
日常生活用具交付の要否	要・否	日常生活用具の名称	紙おむつ	
処 方				
備 考				