

医師意見書（紙おむつ用）

氏名		性別	男 女	生年 月日	年 月 日（ ）歳
住所				手帳 等級	種 級
難 障 病 害 名 名	（身障手帳の「障害名」もしくは難病の内容を記載してください。）				
障害の状況（紙おむつを必要と認める理由が明確となるように記載してください。）					
処方	紙おむつ （ 排尿用及び排使用 ・ 排尿用のみ ・ 排使用のみ ） その他特記事項（ ）				
上記のとおり意見する。					
令和 年 月 日					
医療機関の所在地					
名称 印					