

児 童

紙おむつ意見書

氏 名	男・女	生年月日 年 月 日生(歳)
住 所		
傷病名		
障害の部位及び状況		
処 方		
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定育成医療機関名 担 当 医 師 氏 名 印		

※必ず身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師にて記入願います。