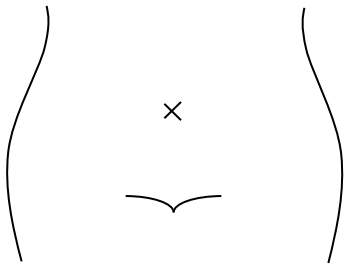
日 常 生 活 用 具 給 付 意 見 書

（複数のストーマ造設者用）

氏　名		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
住　所			
給付希望用具名称			
上記用具が必要となる原因傷病名			
障害の状況	※ストーマを複数必要と認める理由が明確となるように記載する（障害経過等） ストーマの部位を図示して下さい（膀胱は黒又は青色、直腸は赤色で記入して下さい。） 		

上記のとおり意見する。

年　　月　　日

病院又は診療所名

所在地

診療担当科名

作成医師氏名