

医学意見書

対象児者	氏名		性別	男・女
	住所			
	生年月日			
障害名 (疾患名)				
現傷病名および現症				
在宅療養の適否				
意見および効果見込				
備考				

上記のとおり紙おむつの必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名
医療機関所在地
医師名

印