

おむつ使用証明書

患者	住所			
	氏名	殿	性別	男・女
	生年月日	年	月	日生

傷病名	によりおおむね6か月以上にわたり寝たきり状態にある又はあると認められる。
-----	--------------------------------------

治療状況	入院中	在宅で治療中
------	-----	--------

必要期間	始期 (イ) 年 月 日から 又は (ロ) 年1月1日から 終期 (イ) 年 月 まで 又は (ロ) 同年末まで (※ (イ) 又は(ロ)のいずれかを○で囲んで下さい。)
------	---

上記の者は、頭書の傷病により、必要期間中の治療に際し、おむつの使用が必要であることを証明する。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____ (印)

(注) 1 証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。

(注) 2 「必要期間」とは、当該年において患者が上記の状態にあることが認められる期間とし、当該年の1月1日以前からおむつが必要であり、かつ、1年以上にわたってその必要性が認められる場合には、同欄の始期と終期のいずれにおいても(ロ)を○で囲むこと。なお、必要期間経過後において更に治療のためおむつが必要と認められることとなった場合は、改めて証明書を発行すること。