

紙おむつ使用証明書

患 者	住 所	大崎市		
	氏 名	様	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生		
傷 病 名				
治療状況	入院中			
必要期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			

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

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____

(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してください。

(注2) 「必要期間」とは、患者が当該年度において上記の状態にあることが認められる期間です。

なお、必要期間経過後において、更に治療のため紙おむつの使用が必要と認められることとなった場合は、改めて証明書の発行が必要になります。