

診 断 書

紙おむつ用

患者氏名

患者住所

生年月日 年 月 日

身体障害者手帳 級 / 療育手帳 級
(障害名)

1.症 状 (日常生活用具を必要とする身体の状態、常時失禁状態であるか)

2.在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか
(当面、在宅での療養が可能であると判定できるか)

3.常時失禁状態に回復の見込みがあるか ある ・ ない

以上のとおり診断します。

年 月 日

医 療 機 関 名

医療機関所在地

担 当 医 師

㊞

(自署である場合は印鑑不要)