

狭山市紙おむつ給付事業に係る診療情報提供書

令和 年 月 日

(宛先) 狭山市長

【居宅介護（介護予防）支援事業者経由】

医療機関

名 称

所 在 地

電話番号

医師氏名

患 者 氏 名	男 ・ 女
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
住 所	
電 話 番 号	( )

診 療 形 態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)
傷 病 名※1	
発 症 時 期※1	年 月 日頃
受 診 年 月 日※2	年 月 日
紙おむつ給付の 必要性を判断 するための所見	1. 常時失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 常時失禁をともなう医学的所見 ( ) 3. 紙おむつの必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・必要性についての特記事項 ( )

※1 常時失禁の原因となる主たる傷病名及び発症時期をご記入ください

※2 最新の受診日をご記入ください