（医療器材購入助成申請用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 証　　　　　明　　　　　書 | | | | | |
| 氏　名 | |  | | 男・女 | 年　　月　　日生 |
| 住　所 | |  | | | |
| 障害名 | | | 下　肢　障　害　　　・　　　体　幹　障　害 | | |
| 障害程度 | | | 自立歩行不能　・　自立歩行困難　・　自立歩行可能 | | |
| 障害の原因と  なった傷病名 | | |  | | |
| 傷病発生年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 神経学的所見 | １．　知覚障害　　　　　-----------------　　あ　り　　・　　な　し  ２．　膀胱・直腸麻痺　　-----------------　　あ　り　　・　　な　し  ３．　運動麻痺　　　　　-----------------　　あ　り　　・　　な　し  （種類：弛緩性・痙性・固縮性・不随意運動性・しんせん性・失調性・その他） | | | | |
| 現在の症状 | １．　褥瘡　　　　　　　-----------------　　あ　り　　・　　な　し  ２．　尿路感染症　　　　-----------------　　あ　り　　・　　な　し  ３．　膀胱炎　　　　　　-----------------　　あ　り　　・　　な　し  ４．　排泄障害　　　　　-----------------　　あ　り　　・　　な　し  ５．　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 予防・治療  の必要性 | 褥瘡の（　治療　・　予防　）のため、日常生活に医学的処置を（　必要　・　不要　）とし、（　創傷被服材　・　保湿剤　・紙おむつ　・　パッド　・　おむつｶﾊﾞｰ　・  　　　　　　　）の使用が（　適当　・　不要　）である。 | | | | |
| 在宅の日常生活において、上記の状態にあることを証明する。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　医師氏名 | | | | | |