（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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |