

診療情報提供書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

医療機関の所在地

名 称

医師氏名

電話番号

患者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			

傷病名 (疑いを含む)			
	発症年月日	年 月 日	
	受診年月日	年 月 日 (入院： 年 月 日～ 年 月 日)	
上記からくる 生活機能の低下、日常生活の 制限の状況			
	失禁の有無*	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
必要と考える 介護サービス (日常生活を補 ううえで必要な 具体的な福祉用 具等)			

※失禁の有無・・・福祉用具貸与についての診療情報提供の場合は、記入不要。

<紙おむつの支給について>

軽度者（要支援1・2・要介護1）への紙おむつの支給は、**失禁を誘発する疾病及び紙おむつの必要性(失禁の有無)**が確認できる方が支給対象となります。以下の理由によるものは、支給対象外です。

- ・骨盤底筋体操等によって症状改善が見込まれる括約筋、骨盤底筋群の低下による失禁
- ・ADLの低下を理由とした失禁
- ・薬物投与、治療等によって症状が改善することが見込める場合の失禁