

医師の意見書（文京区高齢者紙おむつ支給等事業用）

医 師 記 載 欄	対象者氏名	
	対象者住所	文京区
	対象者生年月日	年 月 日（満 歳）
	<p>文京区高齢者紙おむつ支給等事業実施要綱に基づく紙おむつの支給又はおむつ費用の助成に係る申請に当たり、上記の者は、疾病等により失禁状態にあるため、常時おむつが必要であることを認めます。</p> <p>主な病名(該当があれば記入)</p> <hr/> <p>主な症状(次のいずれかの□に必ず✓を記入してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 失禁治療中/治療をしたが改善しない/治療ができない</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 認知症等、心身の機能低下により失禁がある。</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>医師氏名 印</p> <p>診療科</p>	

※ 小石川医師会及び文京区医師会所属の医療機関での意見書作成料は1,500円(消費税込)で
お願い申し上げます。