

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			

診療形態	1. 外来 2. 往診	受診年月日 年 月 日		
	3. 入院	入院期間 年 月 日～ 年 月 日		
傷病名 (疑いを含む)				
	発症年月日	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※	☐ 有 ☐ 無		
必要と考える 保健福祉サービス (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（例：「ADLの低下により、トイレに間に合わない」）
- ・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