

認定番号

身体状況確認書

杉並区長 宛

年 月 日

杉並区では、紙おむつ等介護用品の支給事業を行っています。対象となる方は、介護保険の要介護3以上の方ですが、要介護1・2の方で身体状況により、常時おむつを必要とする方も対象としています。

このサービス利用の申請にあたり、下記についてご確認のうえ、ご記入をお願い申し上げます。

利用者	フリガナ 氏名	
	生年月日	大・昭 年 月 日
	住所	杉並区

以下、医療機関の方がご記入ください。

<p>● 該当する項目の□にレ印を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> トイレに間に合わない。(理由に○をつけてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 利尿作用のある薬を服用している。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体に麻痺があり、動作が不自由である。</p> <p><input type="checkbox"/> 頻尿である。(日中10回以上、夜中3回以上トイレに行く。)</p> <p><input type="checkbox"/> 強い尿意を感じるが我慢できない。</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>	
<p><input type="checkbox"/> 認知症のためトイレの場所がわからない、またはトイレの使い方がわからない。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体が不自由なため、ひとりでトイレに行くことができない。</p> <p><input type="checkbox"/> ひとり暮らしまたは日中独居(日中家族が不在)で介助がない時間がある。</p>	
<p><input type="checkbox"/> その他、特記事項がありましたらご記入ください。</p>	
<p>(身体状況確認書は以下記入日から6か月有効)</p>	
<p>医療機関名・医師名 所在地</p>	<p>年 月 日 記入</p> <p style="text-align: center;">印</p>

《問合せ先》 杉並区役所 保健福祉部高齢者在宅支援課管理係
電話03-3312-2111(代表)

