

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	明 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。

● 該当する項目の□にレ印を記入してください。

トイレに間に合わない。(理由に○をつけてください。)

{

利尿作用のある薬を服用している。

身体に麻痺があり、動作が不自由である。

頻尿である。(日中10回以上、夜中3回以上トイレに行く。)

強い尿意を感じるが我慢できない。

その他 }

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。


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。

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。

その他、特記事項がありましたらご記入ください。

医療機関名・主治医
所在地

年 月 日 記入



※主治医殿 本文書作成料は、1通500円をお願いします。

杉並区役所 保健福祉部 高齢者在宅支援課管理係

《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)

