|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ストーマ用装具給付意見書 | | | | |
| 患　　　者 | 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　　　　年　　月　　日 生 | | |
| ストーマの種類 | 人工肛門のストーマ　・　尿路変向（更）のストーマ　・　両方 | | | |
| 障害名及び原因となった疾病 | | | | |
| 障害・疾患等の状況（注：上記ストーマ用装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。） | | | | |
| 上記の者は、（　人工肛門　・　尿路変向（更）　）のストーマを有しており、ストーマケアに係る治療上、ストーマ用装具の使用が必要であることを証明する。  　　令和　　年　　月　　日  　　　医療機関名  　　　所　在　地  　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  （注）証明書は当該患者のストーマケアに係る治療を行っている医師が記載すること。 | | | | |