

証 明 書

在宅重度障害者の状況は、次のとおりである。

氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住 所			

障害の状況・・・該当する部分を○で囲んで下さい。

ア 現在、以下の症状を有し、又は予防が必要な状態である。

- ① 褥瘡
- ② 尿路感染症
- ③ 膀胱炎
- ④ 排泄障害

イ 現在、寝たきりの状態で ある・ない。

ウ 現在、人工肛門・人工膀胱を造設している。

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関名

㊟