

ス ト ー マ 用 装 具 使 用 証 明 書

患 者	住所			
	フリガナ			性別 男・女
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月
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			
必 要 期 間	年 月 から 6 カ月未満 6 カ月以上 1 年未満 1 年以上			

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。

年 月 日

医 療 機 関 名 _____

医 療 機 関 所 在 地 _____

医 師 氏 名 _____ (印)

- (注) 1、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。
 2、「必要期間」が「1年以上」となる場合は、翌年分については改めて証明書を発行すること。
 3、既に経過した期間に係る証明については、証明書発行日の属する年の前年1月1日以降の期間に係るものに限り有効とする。