



# 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 \_\_\_\_\_

- (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。