治療用装具用

医師が証明する欄

意見および装具装着証明書

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　　歳

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入院外来の別　　□　入院

傷 病 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （該当する方に□） 　□　外来

　上記傷病の治療のため　令和　　　　年　　　　月　　　　日　に

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の装着の必要を認め

　令和　　　　年　　　　月　　　　日　に装着した。

以上証明いたします。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の電話番号

医 師 の 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印