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
傷 病 名	入院外来の別　□ 入院 (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