

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 (該当する元号に☑)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 生 歳
傷病名	入院外来の別 (該当する方に☑)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 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

Ⓜ