

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 <small>(該当する元号に○)</small>	昭和 平成 令和	年 月 日生 歳
傷病名	入院外来の別 <small>(該当する方に☑)</small>		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
平成 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			
平成 令和 年 月 日に装着した。			
以上を証明いたします。			
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)