

治療用装具用

医師が証明する欄			
意見及び装具装着証明書			
患者氏名		生年月日 (年齢)	昭和 平成 令和 年 月 日 ( 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
<p>上記傷病の治療のため 令和 年 月 日 に</p> <p>_____ の装着の必要を認め</p> <p>令和 年 月 日 に装着した。</p> <p>以上証明いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医療機関の電話番号</p> <p>医師の氏名</p>			