

装具作成指示書

患者

この用紙は、装具の作成を指示した医師により証明を受けていただく書類です。
申請書と併せてご提出ください。
なお、この用紙と同様のものが医療機関より発行された場合は、その用紙をご提出ください。

月日 昭和・平成・令和 年 月 日

上記の者は(傷病名) _____ により、(入院、外来)加療中の
もので装具療法として(装具名) _____ の着用の必要を認
めます。

令和 年 月 日

医療機関 所在地 〒 _____

名称 _____

医師氏名 _____ (印)

装具装着証明書

上記の診断による装具を装着適合したことを証明します。

(入院 ・ 外来)

令和 年 月 日

医療機関 所在地 〒 _____

名称 _____

医師氏名 _____ (印)