

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 | 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平成 年 月 日に

の装着の必要を認め

平成 年 月 日に装着した。

以上証明いたします。

平成 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

