

意 見 書

患者住所

氏 名

生年月日                      年   月   日生

上記の者は

病 名

により加療中のもので

治療用装具

用装具	
-----	--

の装着の必要を認めます。

年   月   日

保険医療機関所在地

名 称

担当医師氏名及び印

印

---

装具装着証明書

上記診断により加療中

年   月   日   ( 1. 入院   2. 入院外)
-------------------------------

に装具を装着したことを証明します。

年   月   日

保険医療機関所在地

名 称

担当医師氏名及び印

印