

意見書

患者住所 名古屋市中村区名駅南1-21
氏名 健保太郎
生年月日 大昭平 40年6月10日生

上記の者は

病名
腰椎々間板ヘルニア

により加療中のもので

治療用装具

腰椎用装具	採型 C-5
-------	--------

必要となる装具を
記入してもらって
ください

の装着の必要を認めます。

平成 27年9月5日

保険医療機関所在地 名古屋市中南区西町1-5

名称 名古屋市立病院

担当医師氏名及び印 医学進 

必ず捺印が
あるか確認して
ください

装具装着証明書

上記診断により加療中

平成 27年9月10日 (1. 入院 <input checked="" type="radio"/> 2. 入院外)
--

に装具を装着したことを証明します。

※重要
装着した日付と
どちらかに○を
記入してもらって
ください

平成 27年9月10日

保険医療機関所在地 名古屋市中南西町1-5

名称 名古屋市立病院

担当医師氏名及び印 医学進 

