

## 意見および装具装着証明書

患者	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	住所				入院外来の別 (該当する方に☑)	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 外来
傷病名							
治療用装具の名称							
必要と認めた日	令和	年	月	日			
装着を確認した日	令和	年	月	日			

上記の者は、症状固定前の上記傷病の治療のため、  
上記装具の装着を必要と認めます。

【証明日】 令和 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

㊟