

# 診 断 書

患者住所

患者氏名

年齢

才

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

装着の必要を認めます

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関 名 称

医 師 名

印

# 装具装着証明書

上記診断に依る装具を(入院・外来)により装着したことを

証明する

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関 名 称

医 師 名

印