

<医師が証明する欄>

意見書

患者住所	〒		
患者氏名			
生年月日	年 月 日生	入院外来の別 (該当する方に○)	入院 ・ 外来
傷病名			

上記疾患により、治療のため 年 月 日

の装着を必要とします。

上記の通り証明します。

医療機関の所在地及び名称

医師氏名 _____

装具装着証明書

上記診断に依る装具を装着した事を証明する。

年 月 日 (入院・外来)

医療機関の所在地及び名称

医師氏名 _____

※ 診断書、証明書に係る文書料は自己負担とする。

【訂正について】

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入下さい。