

医師が証明する欄

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 | 年 | 月 | 日生 | 歳 |
| | | (該当する元号に☑) | <input type="checkbox"/> 平成 | | | | |
| 傷病名 | | 入院外来の別 | <input type="checkbox"/> 入院 | | | | |
| | | (該当する元号に☑) | <input type="checkbox"/> 外来 | | | | |

上記傷病の治療のため 令和 年 月 日に

の装着の必要を認め

令和 年 月 日に装着した。

以上証明いたします。

令和 年 月 日

〒

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の電話番号

医師の氏名

印