

装具装着証明書

患者	住所				
	氏名		性別	男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日	
傷病名					
傷病年月日			年	月 日	
原因					
装具名					
装着年月日		平成	年	月 日	
採型(寸)日	平成	年	月 日	採型(寸)日の 入外区分	入院・外来

※診療月は「採型(寸)日」で判断しますので、必ずご記入ください。

上記のとおり装具を装着したことを証明します。

平成 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

㊞

電話番号