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 | | 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 採型(寸)日 | | 令和　　　 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。

　令和　　　　年　　　　月　　　　日

所在地

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号