

診 断 書

住 所
患 者
氏 名
年 令 歳

上記の人は	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

の
装着の必要を認めます。

令和 年 月 日

所在地
医療機関
名 称

印

装 具 装 着 証 明 書

上記診断による装具を装着適合したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地
医療機関
名 称

印