

診 断 書

患 者 名 _____

病 名

上記の者は

により

装 具 名

加療中のもので装具療法として

の装着の必要を認めます。

令和 年 月 日

住 所
医師
氏 名

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いたします。

令和 年 月 日

所在地
医療機関
名 称

印