

(治療用装具を購入した場合の添付書類)

診 断 書

患者住所

名 前 年 齢 歳

上記の者は により (入院・外来) 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。

年 月 日

医療機関所在地

名 称

医 師

印

装 具 装 着 証 明 書

上記診断による装具を装着し適合したことを証明する。

(入院・外来・他科入院加療中)

年 月 日

医療機関所在地

名 称

医 師

印