

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	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