

## 診 断 書

患者氏名

住 所

上記の者は  
として

により、入院、外来加療中の者で、装具療法の  
の装着の必要を認めます。

年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

担 当 医 師 名

印

## 装 具 装 着 証 明 書

上記診断による装具を装着したことを証明する。

年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

担 当 医 師 名

印