

# 治療用装具製作指示装着証明書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

## 疾病及び症状等

疾病名	
症状等	

上記の疾病により、

\_\_\_\_\_ (既製品／オーダーメイド) (新規／修理)  
の装着を

\_\_\_\_\_ 年 月 日 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め

\_\_\_\_\_ へ製作を指示し、

\_\_\_\_\_ 年 月 日 に患者へ装着確認をしました。

以上、照明いたします。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医療機関電話番号

医師氏名