

## 意見書

現住所

氏名

生年月日

入院・外来

○病名

○附記 上記の疾患により「  
」  
の装着の必要なことを認めます。

平成 年 月 日

病院・診療所所在地

同名称

医師氏名

印

## 装具装着証明書

上記診断に依る装具を装着適合していることを証明する。

備考:

平成 年 月 日

病院・診療所所在地

同名称

医師氏名

印