

治療用装具作成指示装着証明書

患者住所

氏名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

傷病名及び症状等

傷病名

症状等

〈治療遂行場上の必要(症状や装着目的)、修理が必要となった状況や理由等〉

療養等 令和 年 月 日 から (入院・入院外) 加療中

上記の傷病により(オーダーメイド・既製品装具 / 新規・修理)

(オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等)

の装着を

令和 年 月 日 に診察の上、療養遂行上の必要を認め

(義肢装具士の氏名) へ(製作・購入・修理)を指示し、

令和 年 月 日 に患者へ装着し適合したことを確認しました。

以上、証明いたします。

備考

- ※ 特別な作成指示等を行った場合は、指示事項を記載。
- ※ 作成を指示した義肢装具士と、適合調整した義肢装具士が違う場合は、適合調整した義肢装具士の氏名を記載。
- ※ 患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和 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