

(様式例)

意見書

患者住所

患者氏名

生年月日

上記の者は

傷病名

により加療中(入院・外来)であり、

治療上

装具名

の装着が必要であると認めます。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

保険医氏名

装具装着証明書

上記診断による治療用装具装具が装着され、適合したことを確認しました。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

保険医氏名