治療用装具製作指示装着証明書

組合員等 記号番号	—	組合員氏名		所属所名					
患者氏名					昭和 平成 令和	年	月	日	続柄
患者住所									
疾病名									
症状等	※ 治療遂行上の必要（症状や装着目的）、修理が必要となった状況や理由等								

上記の疾病により（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 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め

〜（製作・購入・修理）を指示し、
(義肢装具士の氏名)

令和 年 月 日 に患者へ装着確認をしました。

備考

- ※ 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
- ※ 制作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ない理由や状況、患者への指示内容を記載。

入院・外来の別
(いずれかに○を付けてください。)

入院装着 ・ 外来装着

上記のとおり証明します。

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