

治療用装具製作指示装着証明書

住 所 (患者様の住所)

氏 名 (患者様の氏名)

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

疾病名及び症状等

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

(義肢装具士の氏名) へ (製作・購入・修理) を指示し、

令和 年 月 日 に患者へ装着確認をしました。

以上、証明いたします。

備 考

- ※1 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
- ※2 製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。
- ※3 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