別紙１

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