

入院

外来

医 証

住 所

氏 名

男・女

昭和・平成

年

月

日 生

病 名

上記の者頭書の疾患により療養のため

の着用の必要を認める。

令和

年

月

日

医療機関名

医 師

装 着 証 明 書

上記病名により装具を装着したことを証明する。

令和

年

月

日

医療機関名

医 師