

# 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