

## 記入例

- ・ 医師の指示により、コルセットなどの治療用装具を作成し装着したとき

## 添付書類の見本

※証明書は以下の基準様式にてご提出ください。

## 治療用裝具製作指示裝着證明書

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

(義肢器具の氏名) へ(製作・購入・修理)を指示し、

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、患者の指示内容を記載。

令和 年 月 日

医密機門所存地

医療機関所在地  
医療機関名

医療機関番号

医師氏名

支払った日と一致している  
確認して下さい。

# 領 殿

百 + 万 千 百 + 円  
百 + 万 千 百 + 円

下腿支持部 皮革等 カフバンド \*\*\*  
足部 皮革等 小 \*\*\*

上記金額を正に領收取致しました。/ 

装具の明細が記載されていることを確認して下さい。  
既製品の場合は、基準価格の算出根拠等の詳細も記載されて  
いる必要があります。

作成した装具の写真  
※コピー用紙等の普通紙に印刷して提出