

治療用装具を必要とする同意書

被保険者証 の記号番号	—	療 養 対 象 者	住所	
			氏名	
			生年 月日	年 月 日生
傷 病 名				
症 状 の 経 過				
<p>上記の理由により 治療用装具名：_____の装着を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名 印</p>				