

治療用装具作成指示書(後期高齢者医療)

患 者	住 所			
	氏 名			
	被 保 険 者 証 号 番			
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年	月 日
担 当 医 の 意 見 欄	傷 病 名		診 開 始 日	年 月 日
	治療用装具の 名 称 ・ 型 式		入院・外来 区 分	入院 ・ 外来
	治療用装具を 作成する理由			
	作成指示日		年	月 日
	<p>上記の者について、頭書の理由により治療用装具の装着を指示したことを認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>保 険 医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>担 当 医 師 の 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>※署名による場合は押印を省略できます。</p>			