

# 意見書

患者氏名

生年月日 年 月 日生

住所

上記は（傷病名） により外来（入院）診療中の  
もので、眼窩保護のため義眼の装用を必要と認める。

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

医師

印

# 装着証明書

\_\_\_\_\_ 殿

上記診断による装具の装着を完了したことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

印