令和　年　月　日

症状詳記

患者氏名：○○　○○（　年　月　日生、　歳）

診断名：○○○○

現病歴・治療経過：

　年　月　日　事故で受傷。○○病院へ搬送された。

　年　月　日　○○施行

　年　月　日　義足を処方

　年　月　日　本人用に練習用仮義足の装着を確認し、仮義足の完成とした。

　年　月　日　外来にてリハビリテーションを開始。

補足説明

治療用装具として療養費の支給をするために必要となる下記の３項目について記載（必須）

・症状固定前であること

・疾病又は負傷の治療上必要である（日常生活や職業上の必要性ではない）こと

・今回処方した義足が練習用仮義足で１回目の作成であること

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名欄）

医療機関名：○○大学附属病院○○科

医師：○○　○○

令和 　年 　月 　日

症状詳記

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　（ 　　　年　　　月　　　日生、　　歳）

診断名：

現病歴・治療経過：

　 年　 月 　日

　 年 　月　 日

　 年 　月 　日

　 年 　月　 日

　 年　 月 　日

補足説明

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名欄）

医療機関名：

医師：