装具
輸血 を必要と認める医師の意見書

患者氏名 明・大・昭・平・令　年　月　日生	男 ・ 女	発病又は負傷年月日 昭・平・令　年　月　日 診療開始日 昭・平・令　年　月　日
傷病名		感染症予防法第34条による申請 1 承　認　2 不承認
診療所見及び必要と認める理由	傷病の経過・治療内容、また前回作製装具がある場合は、今回との相違点、修理等で対応できなかった理由についてもくわしく記入してください。	
治療用装具の種別又は輸血量	装具名　付属品 輸血量（生血）　ＣＣ	

装具装着・輸血証明書

上記診断により　年　月　日（入院／通院　中）に

装具を装着
輸　血　を　したことを証明します。

年　月　日

（提出先）大阪市長

病院又は診療所　所在地
名　称
医　師　氏名・印

電話　－　－

（大阪市国民健康保険用）
注　領収書を添付のうえ提出してください。