

【注意】 以下の推奨証明書は、有限会社九合電気が参考の一例として作成したもので、
公的な書類ではありません。

医療機器等の使用推奨証明書

※各欄に必要な記載又は該当項目に○を付して下さい。

住所			
氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
診断名			
手術年月日	昭和・平成	年 月 日	又は 年 月 頃
患肢			
医療機器等の種類 メーカー名／型式等			
着圧指示	mmHg		
特記事項			

本患者は上記疾患のため、患肢を常時圧迫しリンパの排液や静脈血流に必要なマッサージを
施術する必要があり、在宅にて上記医療機器の使用を推奨しました。

本証明書は、患者が医療機器等の購入にあたり、その費用を医療控除の対象に認めて頂きたく
主治医として署名したものです。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印