

(別紙様式)

弹性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性別	男・女
生年月日	年 月 日		
診断名			
手術年月日	年 月 日		
患 肢	右上肢・左上肢・右下肢・左下肢		
弹性着衣等の種類	ストッキング・スリーブ・グローブ・包帯		
着圧指示	mmHg		
特記事項			

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弹性着衣等の装着を指示しました。

年 月 日

医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

医 師 名

※記載上の注意

- 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
- 「手術年月日」欄について、他院で術を行った等の理由により詳細な日付は判らない場合は、「何年何月頃」との記載でも良い。
- 「患肢」及び「弹性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記載すること。
- 「弹性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記載すること。
- 「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載すること。