

(別紙様式)

弾性着衣等 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 | | |
| 弾性着衣等の種類 | 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、弾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

- 1 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
- 2 「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。
- 3 「患肢」及び「弾性着衣等の種類」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。
- 4 「弾性着衣等の種類」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。
- 5 「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。