

弾性着衣等 装着指示書

| | | | |
|----------|---------------------------|-----|-------|
| 住 所 | | | |
| 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 | 年 | 月 日 |
| 診 断 名 | | | |
| 手術年月日 | 昭 ・ 平 | 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。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

※ 記載上の注意

- 1 各欄に記載又は該当項目に○を付すること。
- 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。