

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 | 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 | mm Hg | | |
| 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。

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が判らない場合は、「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 30 mm Hg 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。