

治療用装具用

弾性着衣等装着指示書

医師 の 証 明 す る 欄	患者氏名			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別 男・女
	診断名			
	手術年月日	平成・令和 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			
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医療機関の電話番号</p> <p>医師の氏名 印</p> <p>※記入上の注意</p> <ol style="list-style-type: none"> 各欄に記入または該当項目に○を付けてください。 「手術年月日」欄について、他院で手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」と記入してください。 「患肢」および「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」欄に記入してください。 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を支持する理由を「特記事項」欄に記入してください。 「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」欄に記入してください。 				