

弾性着衣等 装着指示書

医師が証明する欄			
患 者 氏 名		性 別	男 女
生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日		
住 所			
診 断 名			
手 術 年 月 日	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			

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。

令和 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医 師 の 氏 名

- ※記入上の注意
- 1.各欄に記入または該当項目に○を付けてください。
 - 2.「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。
 - 3.「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。
 - 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」欄に記入してください。
 - 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」欄に記入してください。