

## 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	昭和 ・ 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			

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

- 各欄に記入または該当事項に○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、包帯の装着を指示する理由を「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。