

弾性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性 別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
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			

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

医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

医 師 名

㊞

※記載上の注意

- 1.各欄に記載または当該項目に○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」との記載でもよい。
- 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。