

弾性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令	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	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

印

※ 記載上の注意

- 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。