

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 | | |
| 気圧指示 | 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項目に○をつけてください。
- 「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。
- 「気圧指示」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。