

## 弾性着衣等 装着指示書

患者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
採寸日	年 月 日	採寸日における 入外区分	入院・外来	
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。

平成 年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

⑩

電 話 番 号

## ※記入上の注意

- 各欄の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。