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。

　令和　　　　年　　　　月　　　　日

所在地

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

※記入上の注意

１　各欄の記載又は該当項目に○を付すこと。

２　「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。

３　「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。

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。