

(別紙様式)

慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための
弾性着衣等 装着指示書

| | | | |
|----------------|-----------------------------|----|-----|
| 住 所 | | | |
| 氏 名 | | 性別 | 男・女 |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭・平・令 | 年 | 月 日 |
| 診 断 名 | | | |
| 処置年月日 | 令和 | 年 | 月 日 |
| 装着指示日 | 令和 | 年 | 月 日 |
| 患 肢 | 右下肢 ・ 左下肢 | | |
| 弾性着衣等 の 種 類 | ストッキング (着) ・ 包帯 (タイプ ・ 巻) | | |
| 着 圧 指 示 | mmHg | | |
| 特 記 事 項 | | | |

※記載上の注意

- 1 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
- 2 「処置年月日」欄について、「J001-10静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）」を行った年月日（初回）を記載すること。
- 3 「弾性着衣等の種類」欄の包帯のタイプは、弾性包帯、筒状包帯、パットイング包帯、粘着テープ等を記載すること。
- 4 「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。
- 5 弾性着衣等は、当治療において1回に限り療養費の対象となること。

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