

## 弾 性 着 衣 等 装 着 指 示 書

### (慢性静脈不全による難治性潰瘍治療用)

住 所			
氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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	<input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢		
弾性着衣等の種類	<input type="checkbox"/> スtocking ( 着 ) <input type="checkbox"/> 包帯 (タイプ . 巻)		
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

#### ※ 記入上の注意

- 1 各欄に記載又は該当項目の□にレ点を記入すること。
- 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、パッティング包帯、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。