

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

被 保 険 者	住所			
	氏名			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日
採寸日	年 月 日	採寸日における 入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	
傷病名				
手術等年月日	年 月 日			
装着部位	<input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢			
弾性着衣等の種類	スッキング (着) ・ 包帯 (タイプ) [<input type="checkbox"/> 弾性包帯 <input type="checkbox"/> 筒状包帯 <input type="checkbox"/> パッチェング包帯 <input type="checkbox"/> 粘着テープ <input type="checkbox"/> 上記以外 ()] ・ 巻)			
着圧指示	mmHg (30mmHg 未満の場合で、必要な理由)			
特記事項	(※再支給の場合は、疾患の治癒後に再発した旨の記載が必要。)			
上記の者は、慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のため、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。 年 月 日 保険医療機関名 所在地 電話番号 保険医師名				

注1 「手術等年月日」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。

注2 原則として、上記疾病の主治医が記入してください。