

(悪性腫瘍の術後・原発性) 弾性着衣等 装着指示書 (治療用装具に係る療養費)

| | | | | |
|---|---|---|--|-----|
| 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 |
| 装着指示日 | 年 月 日 | 装着指示日における 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"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 | | | |
| 手術の区分 | (鼠径部・骨盤部・腋窩部) のリンパ節郭清を伴う 悪性腫瘍 (種類 ※具体的に) | | | |
| 弾性着衣等の種類 | <input type="checkbox"/> ストッキング <input type="checkbox"/> スリーブ <input type="checkbox"/> グローブ <input type="checkbox"/> 包帯 (必要な理由) | | | |
| 着圧指示 | mmHg (30mmHg 未満の場合で、必要な理由) | | | |
| 特記事項 | | | | |
| <p>上記の者は、リンパ節郭清術後又は原発性の四肢のリンパ浮腫の治療のため、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。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>保険医師名</p> | | | | |

注1 「手術等年月日」欄について、悪性腫瘍の術後の場合、手術年月日を記載する。なお、他院で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。

また、原発性の場合、診療開始日を記載すること。

注2 同一部位について複数の弾性着衣等の種類が必要な場合は、特記事項にその理由を記載してください。

注3 原則として、上記疾病の主治医が記入してください。