

(別紙様式)

(悪性腫瘍の術後 ・ 原発性) 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			
手術等年月日	昭・平・令	年	月 日
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)		
装着指示日	令和	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 (※5) (着) (着) (着) (着)		
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 「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は判らない場合は、「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。
- 3 「手術の区分」欄の「(種類)」について、悪性腫瘍の具体的な種類を記載すること。
- 4 「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。
- 5 「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。
- 6 「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。

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

(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。

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