

## 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

医師が証明する欄	氏名		性別	男 ・ 女	
	生年月日	昭和・平成・令和      年      月      日			
	住所				
	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	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 所在地 電話番号 医師名</p>			

※記載上の注意

1. 各欄に記載または該当項目に○印を付けてください。
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)」を行なった年月日（初回）を記入してください。
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、粘着テープ等を記入してください。
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」欄に記入してください。
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ります。