

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	
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