

慢性静脈不全による 難知性潰瘍治療のための 弾性着衣等 装着指示書

うっ血性壊疽、深部静脈血栓症後遺症下肢静脈瘤によるうっ滞性潰瘍および重度の皮膚炎に対する圧迫療法

住 所			
氏 名		性別	男・女
生年月日	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、粘着包帯等を記載すること。
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

(印)