

(悪性腫瘍の術後 ・ 原発性) 弾性着衣等 装着指示書

鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫
又は 原発性（原因不明等）の四肢のリンパ浮腫

住 所			
氏 名		性別	男・女
生 年 月 日	昭・平・令	年	月 日
診 断 名			
手術年月日	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)		
患 肢	右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢		
種 類	ストッキング (着) ・ スリーブ (着) グローブ (着) ・ 包 帯 (着) ※5		
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

④