

（悪性腫瘍の術後・原発性）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	年 月 日		
	住 所			
	診 断 名			
	手術等年月日	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	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 （ 着 ） ・ スリーブ （ 着 ） ・ グローブ （ 着 ） ・ 包 帯 （ 巻 ）		
	着 圧 指 示	mmHg		
特 記 事 項				
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。				
年 月 日				
医療機関名				
所 在 地				
電 話 番 号				
医 師 名				

黒崎播磨健康保険組合(206-4) 2024.12

※記載上の注意

- 各欄に記載または該当項目に○印を付けてください。
- 「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、他院で手術を行った等の理由により、詳細な日付が判らない場合は、「何年何月頃」と記入してください。
また、原発性の場合、診療開始日を記入してください。
- 「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入してください。
- 「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」欄に記入してください。
- 「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」欄に記入してください。
- 「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。