

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	年 月 日		
	住所			
	診断名			
	処置年月日	年 月 日		
	装着指示日	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			

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(206-5) 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。
- 「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。
- 「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、パットイング包帯、粘着テープ等を記入してください。
- 「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。
- 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。