

弾性着衣等 装着指示書 (治療用装具に係る療養費)

被 保 険 者	住所				
	氏名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
採寸日	年	月	日	採寸日における 入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外
傷病名					
手術年月日	年	月	日		
装着部位	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢				
弾性着衣等の種類	<input type="checkbox"/> ストッキング <input type="checkbox"/> スリーブ <input type="checkbox"/> グローブ <input type="checkbox"/> 包帯 (必要な理由 _____)				
着圧指示	_____ mmHg (30mmHg未満の場合で、必要な理由 _____)				
特記事項					
<p>上記の者は、リンパ節郭清術後の四肢のリンパ浮腫の治療のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣の装着を指示しました。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;"> 保険医療機関名 所在地 電話番号 保険医師名 (印) </p>					

注1 同一部位について複数の弾性着衣等の種類が必要な場合は、特記事項にその理由を記載してください。

注2 原則として、上記疾病の主治医が記入してください。