

※ 本証明書は、弾性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等以外の場合に用いてください。

治療用装具用

医師が証明する欄

意見および装具装着証明書

| | | | | | |
|------|---------------------|-----------------------|--------|--------|----|
| 患者氏名 | 生年月日 (該当する元号に○印) | 昭 平 | 令 平 | 年 月 日生 | 歳 |
| 傷病名 | | 入院外来の別 (該当する項目に○印) | | 入院 | 外来 |

上記傷病の治療のため 令和 年 月 日 に

の装着の必要を認め

令和 年 月 日 に装着した。

上記のとおり、証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の電話番号 ()

医師の氏名

※ 本指示書は、弾性着衣等装着の場合に用いてください。

治療用装具用

| 医師が証明する欄 | | | |
|---|---------------------------|-------|----------|
| 弾性着衣等 装着指示書 | | | |
| 患者氏名 | | | 性別 男 ・ 女 |
| 生年月日 (該当する元号に○印) | 昭 令 平 | 年 月 日 | |
| 住 所 | | | |
| 診 断 名 | | | |
| 手術年月日 (該当する元号に○印) | 平 成 令 和 | 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 ・ スリーブ ・ グローブ ・ 包帯 | | |
| 着圧指示 | mmHg | | |
| 特記事項 | | | |
| <p>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。</p> <p>上記のとおり、証明いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医療機関の電話番号 ()</p> <p>医師の氏名</p> | | | |

※ 記入上の注意

- 各欄に記入または該当項目に○印を付けてください。
- 「手術年月日」欄について、他院で手術を行った等の理由により詳細な日付はわからない場合は、「何年何月頃」と記入してください。
- 「患肢」および「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。