

意見及び装具装着証明書

患者氏名		生年月日	3 昭 4 平	年	月	日
傷病名		入院・外来の別	入院	・	外来	
<p>上記傷病の治療のため、</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>に</p> <p></p> <p>の装着の必要を認め、</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>に装着した。</p> <p>上記のとおり証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 医療機関 名称 医師氏名 電話番号 () ー</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

弾性着衣等 装着指示書

患者氏名	生年月日	3 昭 4 平	年	月	日
	性別	男 ・ 女			
住所					
診断名					
手術年月日	平成	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>平成 年 月 日</p> <p>医療機関 所在地 名称 医師氏名 電話番号 () ー</p> <p style="text-align: right;">Ⓔ</p>					