

治療用装具製作指示装着証明書

住 所 (患者様の住所)

氏 名 (患者様の氏名)

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

疾病名及び症状等

疾病名

症状等

(治療遂行上の必要 (症状や装着目的)、修理が必要となった状況や理由等)

上記の疾病により (オーダーメイド・既製品装具/新規・修理)

(オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等)

の装着を

令和 年 月 日 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め

(義肢装具士の氏名) へ (製作・購入・修理) を指示し、

令和 年 月 日 に患者へ装着確認をしました。

以上、証明いたします。

備 考

- ※1 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
- ※2 製作を指示した義肢装具士と、適合調整した義肢装具士が違う場合は、適合調整した義肢装具士の氏名を記載。
- ※3 患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医療機関電話番号

医師氏名

（悪性腫瘍の術後 ・ 原発性）弾性着衣等 装着指示書

患者氏名		生年月日	5 昭 9 令 7 平	年 月 日
住 所				
診 断 名				
手術等年月日	昭 ・ 平 ・ 令 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	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（※5） （ 着 ） （ 着 ） （ 着 ） （ 着 ）			
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>令和 年 月 日</p> <p>所在地 医療機関 名 称 医師氏名 電話番号 （ ） —</p>				

※記載上の注意

- 各欄に記載又は該当項目に○を付してください。
- 「手術等年月日」欄について、悪性腫瘍の術後の場合、手術年月日を記載してください。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、「○年○月頃」との記載でも差し支えありません。
また、原発性の場合、診療開始日を記載してください。
- 「手術の区分」欄の「（種類 ）」については、悪性腫瘍の具体的な種類を記載してください。
- 「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」欄に記載してください。
- 「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」欄に記載してください。
- 「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」欄に記載してください。