

( 悪性腫瘍の術後・原発性 ) 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				
手術等年月日	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			
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 <span style="float:right">※具体的に)</span>			
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、リンパ節郭清術後又は原発性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、弾性着衣等の装着を指示しました。</p> <p style="text-align:center">年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>保険医師名</p>				

注1 「手術等年月日」欄について、悪性腫瘍の術後の場合、手術年月日を記載する。なお、他院で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、「何年何月頃」との記載でも良い。

また、原発性の場合、診療開始日を記載すること。

注2 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3 原則として、上記疾病の主治医が記入してください。