**弾性ストッキング・コンダクター**

**臨床指導内容書**PC入力用

指導した日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断名 |  | | **男・女　　　　歳** |
| 症状 |  | | |
| 指導目的 |  | | |
| 弾性着衣の使用経験 | | | 有　・　無 |
| 弾性着衣による合併症 | | 有　・　無　　（有の場合には具体的に記載して下さい） | |
| 指導内容 | | | |

指導担当者氏名　（自署）

職場責任者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　（自署または記名+印）