**症状詳記：静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの)**

**【患者氏名】**

**【難治性潰瘍の所見】**

**【潰瘍所見詳細】**

**＊持続期間：**

**＊部位：**

**＊深達度：**

**＊面積：　　cm２**

**【これまでの治療経過】**

**【慢性静脈不全と診断した根拠】**

**【下肢超音波検査の所見】**

**【静脈圧迫療法を必要とする医学的理由】**

**【指導内容】**

**【その他】**（もし動脈性の潰瘍等も疑われる場合はそのABIの所見など）

**【**弾性着衣または弾性包帯による圧迫**】**

**【圧迫下での運動】**

**【患肢のスキンケアによるセルフケア指導】**

**【フリーコメント】**

**指導責任者：**