

弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター

臨床指導内容書

PC 入力用

指導日 2020 年 5 月 25 日

診断名	下肢静脈瘤 静脈性潰瘍	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 65 歳
症状	右下腿に φ3cm の潰瘍形成があり、痛みを伴う。 痛みのために、仕事（理容）に差し支えがある。	
使用目的	<input type="checkbox"/> 血栓塞栓症予防（1 単位） <input type="checkbox"/> 静脈瘤・血栓後遺症・リンパ浮腫など治療（2 単位） <input checked="" type="checkbox"/> 静脈性潰瘍の治療（5 単位）	
弾性着衣の使用経験	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
弾性着衣による合併症	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（有の場合には具体的に記載して下さい） 前回、弾性包帯を使用した時に、皮膚の一部にかぶれがあった。	
指導内容	<p>今回は大きな潰瘍だったので、弾性包帯で治療しましたが、皮膚かぶれがあったので今回は 比較的潰瘍が小さいこともあり、弾性ストッキングで治療しましょう。</p> <p>① 傷を毎日 シャワーで洗浄する ② 外用薬を塗る ③ ガーゼ（できれば非固着性のガーゼを使用）と、フィルムで覆う。 ④ 貸出したバトラー（ストッキングを履く道具）を使って弾性ストッキングを履く。</p> <p>これを、次回受診日まで 毎日行ってください。</p>	

「使用目的」欄は該当する 1 箇所だけに✓をしてください。

「指導内容」欄には臨床指導内容書ごとに具体性・個別性のある内容を記載してください。

申請者氏名（自署）

職場責任者氏名

印

（自署または記名+印）