**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　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断名 |  | | | **男　女　　歳** |
| 症状 |  | | | |
| 使用目的 | 血栓塞栓症予防（１単位）  　静脈瘤・血栓後遺症・リンパ浮腫など治療（２単位）  　静脈性潰瘍の治療　（５単位） | | | |
| 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 | | | | |

申請者氏名　（自署）

職場責任者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　（自署または記名+印）