**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** |
| 患肢の症状 | 　[ ] 有　[ ] 無具体的な症状： |
| 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　※有に✓を入れた場合は合併症の有無も記入 |
| 弾性着衣による合併症　[ ] 有　[ ] 無　具体的な症状： |
| 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+押印）