

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

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)

※フォーマットを変更した臨床指導内容書は受理されません。ご注意ください。※