

弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター

記入例

臨床指導内容書

PC 入力用

指導日 2025 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
患肢の症状	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 具体的な症状：右下腿に ϕ 3cm 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。	「患肢の症状」欄：「無」は血栓塞栓症予防の場合に限ります。
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）	「使用目的」欄：該当する 1 箇所だけに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。
弾性着衣の使用経験	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有に <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 具体的な症状：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	前回大きな潰瘍でしたので、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。 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。 これを、次回受診日まで 毎日行ってください。 「指導内容」が同一の場合は単位として認められません。具体性・個別性のある内容（例：具体的な着用期間、数値、サイズ、特に注意して指導された点、等）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+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。※