

《 下肢用 》

■ 基本情報 (記入又は該当事項に☑を入れてください)

患者名 (必須)	カナ		
生年月日 (必須)	西暦	年	月 日
診断名 (必須)	リンパ浮腫		
患肢 (必須)	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 両下肢

■ 指示情報 (記入又は該当事項に☑を入れてください)

1. 新規/変更 (必須)	<input type="checkbox"/> 新規発行		<input type="checkbox"/> 変更指示		
2. 適用機材	本体	パンツ	片側ブーツ	両側ブーツ	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	
3. 使用回数 (必須)	<input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1日2回 <input type="checkbox"/> 1日__回				
4. 圧迫方向 (必須)	<input type="checkbox"/> 外⇒内 <input type="checkbox"/> 内⇒外 <input type="checkbox"/> 内外同時				
5. 圧迫圧力 (必須)	↓チック欄	足	下腿	大腿	体幹
	<input type="checkbox"/> 弱	50mmHg	40mmHg	30mmHg	20mmHg
	<input type="checkbox"/> 中	60mmHg	50mmHg	40mmHg	20mmHg
	<input type="checkbox"/> 強	60mmHg	60mmHg	50mmHg	30mmHg
※マニュアルの場合は表中 下線部に値を記入ください。⇒	<input type="checkbox"/> マニュアル	__mmHg	__mmHg	__mmHg	__mmHg
6. 圧迫時間 (必須)	<input type="checkbox"/> 10min <input type="checkbox"/> 20min <input type="checkbox"/> 30min <input type="checkbox"/> 40min <input type="checkbox"/> 50min <input type="checkbox"/> 60min				
7. 特記事項	※「患肢」及び「スリーブの種類」が複数ある場合などは、その内訳をこの欄に記入してください。				

リミティ（一般的名称：逐次型空気圧式リンパ流促進装置）を当該患者の在宅医療に適用するにあたり、適用する機材および機器の動作設定を以上の通り指示します。

西暦 年 月 日

医療機関の名称	
医療機関の所在地	
医療機関の電話番号	
医師名	