

(国民健康保険療養費) 治療用装具を必要とする意見書

補装具の装用を必要とする ものの氏名及び生年月日					男 女
	昭 平	年	月	日生	才

傷病名

上記疾患により、治療のため

の装用を必要とする。

上記のとおり証明する。

年 月 日

住 所

療養取扱機関名

保 険 医

印

注・本書は保険医療機関及び保険医療費担当規則第6条によるものです。

弾性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
診 断 名			
手術年月日	昭・平	年	月 日
患 肢	右上肢・左上肢・右下肢・左下肢		
弾性着衣等の種類	ストッキング・スリーブ・グローブ・包帯		
着圧指示	mmHg		
特記事項			

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

⑩

※ 記載上の注意

- 1 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
- 2 「手術年月日」欄について、他院で術を行った等の理由により詳細な日付は判らない場合は、「何年何月頃」との記載でも良い。
- 3 「患肢」及び「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記載すること。
- 4 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記載すること。
- 5 「着圧指示」が30 mmHg 未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載すること。

弱視等治療用眼鏡等作成指示書

氏名： _____ 年齢： _____ 歳（男・女）

住所： _____

I 種類（○で囲む）：眼鏡

コンタクトレンズ（ハード・ソフト）

II 度数及び用法

1 眼鏡

	S（球面）	C（円柱）	A（軸）	近用加入度	PD（瞳孔距離）	用法
右						遠用・近用 遠近両用
左						

2 コンタクトレンズ

右		用法	遠用・近用・遠近両用
左			

III 備考（眼鏡等を必要とする理由）

1 疾病名

2 治療を必要とする症状及び患者の検査結果

右眼視力：

左眼視力：

年 月 日

医療機関

医師氏名

印