

リンパ浮腫複合的治療料 記録シート

H007-4：時間証跡・重症判定・必須実施を1枚で確認

患者ID	実施日	担当者	場所
_____	_____	_____	_____

1. 区分・対象確認

- ISL I ISL II ISL III 確認者： _____ 確認日： _____
- 重症イ：60分以上・500点 重症ロ：40-60分未満・350点 1以外：20分以上・150点
- 悪性腫瘍術後リンパ節郭清 原発性リンパ浮腫 備考： _____

2. 時間証跡

開始	終了	中断	中断理由	総実施分
_____	_____	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	_____	_____

3. 必須実施チェック

要素	実施チェック	所見・反応・理由メモ
圧迫（着衣/包帯）	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 不可	不可時は医学的理由を短く記載 _____
圧迫下の運動	<input type="checkbox"/> 実施	運動内容・反応 _____
用手的リンパドレナージ	<input type="checkbox"/> 実施	部位・反応 _____
スキンケア（必須）	<input type="checkbox"/> 実施	皮膚所見・対応 _____
セルフケア指導（必須）	<input type="checkbox"/> 実施	課題・次回確認 _____

4. 所見・反応・次回確認

本日の主所見・反応

次回確認点（1つに絞る）

共有事項・申し送り

5. 実施後チェック

- 時間要件 病期根拠 スキンケア 指導記録 圧迫可否

メモ： _____