# LINK

Vol.13　改訂版 2026

# 静脈血栓塞栓症のリスク評価について


浜松医療センター

名誉院長

**小林 隆夫** 先生



浜松医療センター

血管外科 科部長
医療安全管理室

**山本 尚人** 先生




## 序文

2004年に「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン（以下VTE予防ガイドライン）」[1]がわが国で初めて公表され、「肺血栓塞栓症予防管理料」[2]が保険診療として算定できることになった。その結果、入院患者のVTE予防は全国に広く浸透しているが、周術期（手術例・外傷例）患者に対する予防対策は広まったものの、未だ内科入院患者に対するリスク評価とそれに基づく予防対策は浸透していない。日本循環器学会により「2025年改訂版　肺血栓塞栓症・深部静脈血栓塞栓症および肺高血圧症に関するガイドライン（以下JCS2025）」が改訂され、内科領域の予防対策にも重きが置かれるようになった[3]。JCS2025の改訂を受けて、本稿では、浜松医療センターで電子カルテに組み込まれ運用されているVTEリスク評価表と、弾性ストッキングおよび間欠的空気圧迫法の適切な運用方法について解説する。

## リスク評価と予防対策の重要性とポイント

日本麻酔科学会の経年的な周術期肺血栓塞栓症（PTE）調査によれば、近年PTE死亡率が有意に減少しており、その原因はリスク評価と適切な予防対策に尽きると考察される[4]。しかし、現在でもなお内科系入院患者に対するリスク評価とそれに基づく予防対策は十分には浸透していない。保険請求データを用いての院内発症PTEを検討した研究によれば、発症率は外科系19.3/1,000人・年、内科系21.8/1,000人・年と、内科系でやや多かった。理学的予防が中心の予防策施行率は外科系59.2%、内科系7.3%であり、内科系で十分でないことが院内PTE発症と関連する可能性が示唆された[5]。今後は周術期患者のみならず内科系入院患者も含めた全入院患者に対する予防対策が重要と考えられる所以である。

リスク評価をしてリスクに応じた予防対策を講じれば、入院中1回に限り「肺血栓塞栓症予防管理料」305点が算定できる[2]。具体的には、上記のVTE予防ガイドラインで推奨されている理学的予防法、すなわち、弾性ストッキングもしくは間欠的空気圧迫法のいずれか一方でも行っていれば算定可能である。これらの両者は併用禁忌ではないが、併用する場合は合併症に注意する。なお、これらは同一患者に対して単回使用であり、複数の患者には使用しない。

さて、リスク評価であるが、患者が入院した場合、まずVTEリスク評価を行い、次いで出血リスク評価を行ってから予防法を決定する[6]。リスク評価は医療従事者の誰が行っても良いが、最終的には主治医が確認し、抗凝固療法の可否を判断する。薬剤を使用する場合は、出血リスクも考慮し、もしVTEが最高ないしは高リスクであったとしても、出血リスクの方が高いと思われる場合は、理学的予防法のみを行うことになる。内科医主導で行われる内視鏡手術、血管カテーテル検査・治療などは、本来予防ガイドライン上非周術期に分類されるべき手技ではあるが、侵襲的、かつ、長時間を要する場合もあるので、周術期の扱いとした。しかし、下肢を動かせる状態では深部静脈血栓症（DVT）のリスクは低いため、VTEリスクを下げることも考慮できるとした。電子カルテ上でオンラインリスク評価を行い、結果がそのままカルテに取り込まれるようにしておくと便利である。オンラインリスク評価は医事課において「肺血栓塞栓症予防管理料」の算定に役立つ上に、有害事象が起きた時の証拠になるので、リスク評価結果は必ず保存しておく。今回紹介したVTEリスク評価の取り組みを周知徹底していただき、院内でのPTE死亡ゼロを是非目指していただきたい。

CardinalHealth™

## 改訂の背景

2025年に日本静脈学会から「静脈疾患における圧迫療法ガイドライン2025」[7]（以下圧迫療法ガイドライン）が発行され、日本循環器学会からは改訂されたJCS2025が発行された。当院でもこれら最新のガイドラインを院内の「肺塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）のリスク評価と予防対策マニュアル」に取り入れ、VTEリスク評価表の改訂を行った。本稿では最新の浜松医療センター VTEリスク評価表とその運用について解説する。

## 改訂のポイント

現在は電子カルテで「手術例」、「外傷非手術例」、「内科の侵襲的治療：EMR/PCI等」、「非手術例」を選択してリスク評価を行っている。従来「手術・外傷例」もしくは「非手術例」の二つであったが、手術をしない外傷例や侵襲的内科治療例を「非手術例」で評価されることが多かったため、電子カルテ上の入り口を細分化した。評価する内容は同じであるので、ここでは従来の「手術例・外傷例」と「非手術例」を提示して改訂について述べる。

## 活動性がんの追加

JCS2025では、VTEの付加的な危険因子として、「活動性がん」が強い危険因子として追加された。悪性疾患やがん化学療法などは、従来同様、中等度の危険因子とされている。当院のリスク評価表では、従来、手術例・外傷例の付加的リスクとして「悪性疾患（脳腫瘍を含む）」および「がん化学療法の既往あり」を各2点、非手術例の基本リスクとして「進行がん」を2点として加点していた。今回、「活動性がん」はこれらの項目よりもVTEリスクが高いとされたため、従来の「悪性疾患（脳腫瘍を含む）」「がん化学療法の既往」「進行がん」の項目を削除し、新たに「活動性がん」を3点の項目として統一して追加した。また、非手術例の基本リスクから「進行がん」の項目を削除し、同じく「活動性がん」の項目を3点として追加した。また、医師からは、画像的に局所進行や遠隔転移を伴うがんが疑われていても、組織学的診断がつかないと「活動性がん」にはチェックを入れにくいとの声があり、病理学的に診断が確定していなくても、臨床的にがんの可能性が高い場合も含むという但し書きを加えた。

## 術直後より歩行可能な患者の局所麻酔手術の追加

当院のガイドラインは2004年に公表された「VTE予防ガイドライン」[1]を基に作成されている。手術・外傷例は、VTEリスクの高い全身麻酔や腰椎麻酔、硬膜外麻酔など術後すぐに離床できない患者の予防を主眼に作成されている。当院では、2018年から入院する全患者を対象にリスク評価の対象を拡大した。そのため、局所麻酔手術や、最近広く行われるようになった橈骨動脈アプローチの血管内治療など術後すぐに離床が可能な症例では、実際に比べてVTEリスクが高く算出されてしまう。そのため、手術・外傷例の付加リスクに「術直後より歩行可能な患者の局所麻酔手術」を新設して、-2点の加点として、リスクが一段階下がるようにした。

## 間欠的空気圧迫法と弾性ストッキングの同時使用の中止

当院では、従来予防指示書に弾性ストッキングと間欠的空気圧迫法の双方に指示があると、弾性ストッキングの上に間欠的空気圧迫のスリーブ（多くはカーフタイプで、下腿手術などで装着困難な場合はフットタイプ）を装着し、離床が開始となったら、間欠的空気圧迫法を終了して、弾性ストッキングのみ継続する運用をしてきた。「圧迫療法ガイドライン」[7]で間欠的空気圧迫法と弾性ストッキングの同時併用の意義が乏しいと記載されたことを受けて、看護師の負担軽減および医療関連機器褥瘡（MDRPU）の減少を目的として、弾性ストッキングと間欠的空気圧迫法同時併用を中止し、双方に指示がある場合、間欠的空気圧迫法のスリーブを患者に直接装着（80歳以上の患者では皮膚トラブル予防のため、筒状包帯を装着し、その上にスリーブを巻く）し、間欠的空気圧迫法が終了となったら、その時点から弾性ストッキング着用を開始することとした。

## 改訂と院内への周知

院内マニュアルの改訂は院内の医療安全管理室の下部組織である「静脈血栓塞栓症予防・患者発生時対応に関するプロジェクト」で行っている。医療安全推進委員会で承認を得て、院内の各医師に院内メールで改訂の連絡を行い、院内電子カルテ端末で、医療安全管理室のホームページから閲覧できるようにしている。

看護師への運用変更の説明は看護部から各病棟看護長経由で行った。

## 運用開始後の変化

リスク評価表の改訂および運用変更はトラブルなく実施できた。運用開始前にはほとんどが間欠的空気圧迫法と弾性ストッキングの同時併用であったが、開始後は同時併用された症例はなく、同時併用中止は浸透している（表1）。整形外科病棟や集中治療室など、間欠的空気圧迫法を実施することが多い病棟では特に、看護師から負担が軽減されたという声が多く聞かれている。

表1）運用開始前後の理学的予防法の実施状況

| 区分 | 2025年3月<br>改訂前<br>（n=318） | 2026年3月<br>改訂後<br>（n=293） |
|---|---|---|
| 弾性ストッキングのみ | 108人（34.0%） | 62人（21.2%） |
| 間欠的空気圧迫法のみ | 2人（0.6%） | 18人（6.1%） |
| 同時併用 | 12人（3.8%） | 0人（0%） |
| 異時併用 | 0人（0%） | 7人（2.4%） |

※nはリスク評価実施患者数。表中は、そのうち理学的予防法を実施した患者数を示す。

# 静脈血栓塞栓症リスク評価表　手術例・外傷例（16歳以上の入院患者対象）

ID:　　評価日:

生年月日（年齢）:　（　）　　手術日:

性別:　男　・　女　　診療科:

※電子カルテを展開して評価した場合は、評価日のみ電子カルテ上に記載される　　主治医:

署名:

**①→②→③の順にチェック**

## ①診療科別に術式別リスクを選択

| 診療科 | 低リスク | 中リスク | 高リスク |
|---|---|---|---|
| 一般外科、心臓血管外科、胸部外科、口腔外科、形成外科、婦人科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、循環器内科、消化器内科　等 | □45分以内の手術<br>（内視鏡手術、血管カテーテル検査・治療を含む） | □その他の手術<br>（内視鏡手術、血管カテーテル検査・治療を含む） | |
| 整形外科 | □上肢手術 | □脊椎手術<br>□下肢手術<br>□上肢手術<br>（腸骨から採骨、下肢から神経・皮膚の採取を伴う） | □人工股関節置換術<br>□人工膝関節置換術<br>□股関節骨折手術（大腿骨骨幹部を含む）<br>□下肢悪性腫瘍手術<br>□骨盤骨切り術<br>□骨盤骨折 |
| 外傷 | □上肢の外傷や炎症性疾患<br>□安静を必要としない軽度の外傷 | □脊椎・脊髄損傷<br>□安静を要する中等度の外傷<br>□大腿骨遠位部以下の単独外傷や下肢の炎症性疾患 | □重症外傷(多発外傷)<br>□大腿骨骨折<br>□重度熱傷<br>□重度脊損 |
| 産科 | □経膣分娩 | □帝王切開（35歳未満） | □帝王切開（35歳以上） |
| 脳神経外科 | □非開頭術 | □開頭術 | |
| **①術式別リスクレベル** | □低リスク | □中リスク | □高リスク |

## ②付加的リスクを選択して下さい

| 項目 | | スコア | 点数 |
|---|---|---|---|
| □40歳未満<br>対象：一般外科、心臓血管外科、胸部外科、口腔外科、形成外科、婦人科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、循環器内科、消化器内科 等<br>対象外：整形外科、外傷、産科、脳神経外科<br>□術直後より歩行可能な方の局所麻酔手術 | | マイナス2点 | |
| □肥満（BMI > 25を目安）<br>□エストロゲン療法中 | | 各1点 | |
| □60歳以上<br>□中心静脈カテーテル留置中（含大腿静脈）<br>□うっ血性心不全・呼吸不全 | □48時間以上の安静臥床<br>□重症感染症<br>□高度の下肢静脈瘤 | 各2点 | |
| □下肢麻痺 | □下肢のギプス包帯固定・牽引 | 各3点 | |
| 活動性がん<br>□最近6か月以内に、がんと新規に診断された、またはがんの治療（手術・化学療法・放射線治療など）が実施された、もしくは現在されている場合（病理学的に診断が確定していなくても、臨床的にがんの可能性が高い場合も含む）<br>□再発、局所にて浸潤する、もしくは遠隔転移巣を有する場合<br>□造血器腫瘍の患者では、完全寛解を得ていない場合 | | いずれかに該当3点 | |
| □静脈血栓塞栓症の既往<br>□血栓性素因（先天性：アンチトロンビン欠乏症、プロテインC欠乏症、プロテインS欠乏症等　後天性：抗リン脂質抗体症候群等） | | 各9点 | |
| | | **②付加的リスク** 合計 | 点 |

②付加的リスクの合計点数により、①術式別リスクレベルを以下を参考に調整。

マイナス2点は1段階下げる　マイナス1点～1点はそのまま　2～3点は1段階上げる　4～6点は2段階上げる　7点以上は3段階上げる

## ③　①と②で評価した最終リスクレベルから、以下の推奨予防法を参考に予防法を決定して下さい。

| | |
|---|---|
| **□リスクなし** | （48時間以上の安静を必要としない非周術症例を含む） |
| **□低リスク** | 早期離床　および　積極的な運動 |
| **□中リスク** | 間欠的空気圧迫法　あるいは　弾性ストッキング |
| **□高リスク** | 抗凝固療法　あるいは　間欠的空気圧迫法 |
| **□最高リスク** | 抗凝固療法　および　間欠的空気圧迫法の併用 |

※最高ないし高リスクでも、出血リスクが高いと思われる場合は、理学的予防法のみを行う
※内視鏡手術、血管カテーテル検査・治療などで、下肢を動かせる状態では、リスクを下げることも考慮できる

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **決定予防法（複数選択可）** | □早期離床および積極的な運動<br>（歩行できなければ自動運動もしくは他動運動を勧める） | □弾性ストッキング | □間欠的空気圧迫法 | □抗凝固療法 |

**※リスクを有する全症例に、早期離床と積極的運動を勧める**

監修：浜松医療センター　名誉院長　小林隆夫

※各病院における関連部署の承認の下でご使用下さい。予防法は主治医の判断の下で決定して下さい。

①はじめに、診療科別に術式を選択し、術式別リスクレベルが低 / 中 / 高リスクのどこに当たるか評価する。
②患者が有する付加的なリスク因子を選択し、合計点数を出す。その点数により、①で評価したリスクレベルを調整する。
③各リスクレベル毎に推奨される予防法を参考にして、注意事項の確認後予防方法を決定する。図3）、図4）を参照。

図1）静脈血栓塞栓症リスク評価表（手術例・外傷例）

## 静脈血栓塞栓症リスク評価表　非手術例（16歳以上の入院患者対象）

ID：　　評価日：

生年月日（年齢）：　（　）　　診療科：

性別：　男 ・ 女　　主治医：

※電子カルテを展開して評価した場合は、評価日のみ電子カルテ上に記載される　　署名：

①48時間以上の安静臥床（入院前も含む）の患者を対象に予防を行う場合に限り、下記リスク因子からリスクレベルを評価。

| 基本リスク | 急性期リスク | スコア | 点数 |
|---|---|---|---|
| □肥満（BMI > 25を目安）<br>□脱水<br>□喫煙歴<br>□下肢静脈瘤<br>□ホルモン補充療法<br>□経口避妊薬服用<br>□向精神薬服用 | □COPDの急性憎悪 | 各1点 | |
| □70歳以上<br>□中心静脈カテーテル留置中（含大腿静脈）<br>□妊娠<br>□ネフローゼ症候群<br>□炎症性腸疾患<br>□骨髄増殖性疾患<br>□身体拘束 | □感染症（COVID-19を含む）<br>□人工呼吸器を要するCOPD<br>□敗血症<br>□うっ血性心不全<br>（NYHA分類 Ⅲ、Ⅳ度） | 各2点 | |
| □下肢麻痺、麻痺性脳卒中 | □昏迷・意識障害 | 各3点 | |
| 活動性がん<br>□最近6か月以内に、がんと新規に診断された、またはがんの治療（手術・化学療法・放射線治療など）が実施された、もしくは現在されている場合（病理学的に診断が確定していなくても、臨床的にがんの可能性が高い場合も含む）<br>□再発、局所にて浸潤する、もしくは遠隔転移巣を有する場合<br>□造血器腫瘍の患者では、完全寛解を得ていない場合 | | いずれかに該当3点 | |
| □静脈血栓塞栓症の既往<br>□血栓性素因<br>（先天性素因：アンチトロンビン欠乏症、プロテインC or S欠乏症　等<br>後天性素因：抗リン脂質抗体症候群　等） | | 各7点 | |
| | | 合計 | 点 |

| リスクレベル |
|---|
| 0点：リスクなし　1点：低リスク　2〜4点：中リスク　5〜6点：高リスク　7点以上：最高リスク |

②各リスクレベル毎に①で評価したリスクレベルから、次の推奨予防法を参考に予防法を選択。

| | |
|---|---|
| □リスクなし | （48時間以上の安静を必要としない非手術症例を含む） |
| □低リスク | 早期離床　および　積極的な運動 |
| □中リスク | 間欠的空気圧迫法　あるいは　弾性ストッキング |
| □高リスク | 抗凝固療法　あるいは　間欠的空気圧迫法 |
| □最高リスク | 抗凝固療法　および　間欠的空気圧迫法の併用 |

※最高ないしは高リスクでも、出血リスクが高いと思われる場合は、理学的予防法のみを行う

| 決定予防法（複数選択可） | □早期離床および積極的な運動<br>（歩行できなければ自動運動もしくは他動運動を勧める） | □弾性ストッキング | □間欠的空気圧迫法 | □抗凝固療法 |
|---|---|---|---|---|

**※リスクを有する全症例に、早期離床と積極的運動を勧める**

監修：浜松医療センター　名誉院長　小林隆夫

※各病院における関連部署の承認の下でご使用下さい。予防法は主治医の判断の下で決定して下さい。

内科など非手術例では、48時間以上の安静臥床（入院前も含む）を要する患者を対象に予防を行う。
①患者が有する基本リスクに、疾患による急性期リスクを加味し合計点数を出す。その点数によりリスクレベルを判断する。
②各リスクレベル毎に推奨される予防法を参考にして、注意事項の確認後予防方法を決定する。図3）、図4）を参照。

図2）静脈血栓塞栓症リスク評価表（非手術例）

## 注意事項の確認

□ 弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法を行う場合には禁忌・使用禁止事項を確認済

□ 抗凝固療法を行う場合には、出血リスク因子を評価済

※理学的予防法、抗凝固療法いずれの場合も当院で喚起している注意事項である。使用にあたっては添付文書を確認すること。

### 1.弾性ストッキング【禁忌・禁止】

- 脚部の皮膚炎・皮膚移植直後・壊疽・血管結紮（術後）
- 重度動脈硬化・その他の虚血性血管疾患
- うっ血性心疾患による重度の脚部の浮腫・肺水腫
- 極度の脚の変形
- 高度の静脈血行障害
- 皮膚の化膿創　等

### 2.逐次型空気圧式マッサージ器【禁忌・使用禁止】

- 重度の動脈硬化症またはその他の虚血性血管疾患
- 深部静脈血栓症の既往が疑われる患者
- 深部静脈血栓症および肺血栓塞栓症を併発している患者
- 皮膚炎、静脈結紮、壊疽、最近行った皮膚移植
- 下肢の広範囲な浮腫またはうっ血性心不全による肺浮腫
- 下肢の極度な変形

### 3.出血リスク因子の評価

NICE（National Institute for Health and Clinical Excellence）ガイドライン[6]

□ **薬物によるVTE予防を実施する前に患者の出血リスクを評価する。**

□ **以下の出血リスクを1つでも有する患者に対しては、VTEリスクが出血リスクを上回らない限り、薬物的VTE予防を実施しないこと。**

- ◆ 活動性の出血
- ◆ 後天的な出血障害（例：急性肝不全）
- ◆ 出血リスクを増大させる抗凝固薬との併用（例：PT-INR が 2 以上のワルファリン療法）
- ◆ 4 時間以内に腰椎穿刺、硬膜外 / 脊髄麻酔を実施した場合
- ◆ 急性脳血管障害
- ◆ 血小板減少症（血小板数：75×$10^9$/L 未満）
- ◆ コントロールできない収縮期高血圧症（230/120mmHg 以上）
- ◆ 治療されていない先天性出血障害（例：血友病やフォンビルブランド病など）

図3）弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法の禁忌・使用禁止事項の確認と出血リスク因子の評価

## 予防法決定の手順

（抗凝固薬使用の有無は、VTEリスク評価と出血リスク評価で決定）




VTEリスクの大きさと出血リスクの大きさとを比較考慮する。適切と判断された場合には、VTEに対する予防法を施行する。患者が出血のリスク因子を有しており、出血リスクの大きさが、VTEリスクの大きさを上回っていると判断された場合には、薬物的なVTE予防法は施行してはならない

患者の入院後24時間以内、ならびに、臨床状態の変化が認められる度に、VTEリスクおよび出血リスクの再評価を実施する

図4）予防法決定の手順（抗凝固薬使用の有無は、VTEリスク評価と出血リスク評価で決定）

## 転帰報告シート

| | | |
|---|---|---|
| 評価日 | ____月　____日 | |
| 転帰時症状 | □　入院時血栓あり | |
| 転帰報告 | | |
| 患者リスクレベル： | ○　リスクなし | |
| | ○　低リスク | |
| | ○　中リスク | |
| | ○　高リスク | |
| | ○　最高リスク | |
| 施行した予防法： | □　早期離床等 | |
| | □　弾性ストッキング | |
| | □　間欠的空気圧迫法 | |
| | □　抗凝固療法 | |
| | **抗凝固療法** | |
| | ○手術前から | ○手術中・直後から　○術後 |
| | □　未分画ヘパリン皮下注 | 一回使用量：_____単位　×　_____回/日　×　_____日間 |
| | □　エノキサパリン皮下注 | 一回使用量：_____単位　×　_____回/日　×　_____日間 |
| | □　フォンダパリヌクス皮下注（2.5mg） | _____日間 |
| | □　フォンダパリヌクス皮下注（1.5mg） | _____日間 |
| | □　エドキサバン（30mg） | _____日間 |
| | □　ワルファリン | _____mg/日 |
| | | _____日間 |
| | | INR：_____ |
| | □　その他の予防法 | _____ |

## 予防全般に伴う合併症：

| | | |
|---|---|---|
| ○　合併症なし | | |
| ○　合併症あり | □　**予防に伴う出血あり** | |
| | 部位：　□手術創　□脳出血　□消化管出血 | |
| | □輸血あり　輸血量（単位）：　_____単位 | |
| | □　**その他の合併症あり** | 説明：_____ |

※弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法を施行して生じた医療関連機器褥瘡は「合併症あり」として説明欄に記載する

## 術後血栓症発症の有無：

| | | |
|---|---|---|
| ○　血栓症なし | | |
| ○　血栓症あり | □**深部静脈血栓症　発症** | |
| | ○症状なし　○症状あり | |
| | 発症部位：_____ | |
| | □**肺血栓塞栓症　発症** | |
| | ○症状なし　○症状あり | |
| | 発症後の転帰：_____ | |

図5）転帰報告シート


References
1）肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン．肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症予防ガイドライン作成委員会編．メディカルフロントインターナショナルリミテッド，東京，pp1-96，2004.
2）令和8年診療報酬点数表　令和8年医科診療報酬 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料.
3）日本循環器学会・日本肺高血圧・肺循環学会合同ガイドライン．肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症および肺高血圧症に関するガイドライン（2025年改訂版）．https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Tamura.pdf
4）Kuroiwa M, Morimatsu H, Tsuzaki K, et al. Changes in the incidence, case fatality rate, and characteristics of symptomatic perioperative pulmonary thromboembolism in Japan. J Anesth 2015; 29: 433-441.
5）Imura M, Yamamoto T, Hiasa KI. Pulmonary thromboembolism developed during hospitalization: A nationwide retrospective observational study using claims data. Cardiol Ther 2023; 12: 127-141.
6）NICE clinical guideline [CG92]. Venous thromboembolism: reducing the risk for patients in hospital. Published: 27 January 2010, Last updated: 01 June 2015.
7）日本静脈学会編．静脈疾患における圧迫療法ガイドライン2025．日本医事新報社，東京，2025.



カーディナルヘルス株式会社

お問い合わせ
0120-917-205


製品情報
サイトはこちら


2015.01
2018.01
2023.01
Rev.4
2609.5000.Mark



© 2026 Cardinal Health. All Rights Reserved. CARDINAL HEALTH、Cardinal HealthロゴはCardinal Healthの商標又は登録商標です。