

記入例

装具作製確認書

あなた(または被扶養者)が医療機関で受診し、医師の指示により作製された装具に対する給付金支払い決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。その他の場合は記述にてお答えください。
- ② 作製された装具の写真を添付してください。(装具の上下左右の表記、サイズ表記、ロゴマークや製品名等があればその箇所の写真) ※写真の裏に「保険証の記号・番号」「被保険者氏名」「受診者氏名」をご記入ください。
- ③ 給付金支払い決定については、本書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、給付金支払い決定まで、時間を要する場合がございますので、ご了承ください。

記号・番号	被保険者名	受診者名
0000 - 11111	太陽 花子	太陽 花子
本傷病に対して初めて受診した日(初診日)	装具を作製することが決まった日	装具を装着した日(適合日)
令和 5 年 3 月 1 日	令和 5 年 3 月 10 日	令和 5 年 3 月 31 日
問1. 装具は今回初めて作製されましたか？		
<input checked="" type="checkbox"/> (1) 以前にも作製したことがある(①~③へ) <input checked="" type="checkbox"/> (2) 初めて作製した(問2へ) <input type="checkbox"/> ①いつ頃作製されましたか？ 令和 年 月 日頃	<input type="checkbox"/> (2) 以前作製した装具はどうされましたか？ <input type="checkbox"/> (ア) 現在も使用している <input type="checkbox"/> (イ) 装具業者へ返却した <input type="checkbox"/> (ウ) 廃棄した→(年 月 日頃)	<input type="checkbox"/> (3) 今回の作製した装具はどちらに該当されますか？ <input type="checkbox"/> (ア) 改めて作製した <input type="checkbox"/> (イ) 以前作製した装具を修理した
問2. 障害者手帳をお持ちですか？		
障害者総合支援法による補装具費支給の対象になるか判断するため、障害者手帳の有無を確認させていただいております。		<input checked="" type="checkbox"/> (1) 持っている (※手帳のコピーを添付) <input type="checkbox"/> (2) 持っていない
問3. 主治医からどのような目的の装具だと説明をうけられましたか？(複数回答可)		
<input checked="" type="checkbox"/> (1) 患部の支持・矯正・固定・免荷 <input type="checkbox"/> (2) 痛みや症状の緩和(除痛) <input type="checkbox"/> (3) リハビリ時に必要	<input type="checkbox"/> (4) 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> (5) 運動(スポーツ時)に必要 <input type="checkbox"/> (6) 受けていない	<input type="checkbox"/> (7) その他
問4. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？		
<input checked="" type="checkbox"/> (1) 主治医の指示で決めた <input type="checkbox"/> (2) 自分で決めた・医師に作製依頼をした <input type="checkbox"/> (3) 装具製作会社の言われる通りに決めた ()	<input type="checkbox"/> (4) 装具製作会社の勤めで決めた <input type="checkbox"/> (5) その他	
問5. 作製した装具のサイズ合わせは、どのように行いましたか？		
<input checked="" type="checkbox"/> (1) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだりと「型」を取るようなことを行った → ① どこで型を取りましたか？(<input checked="" type="checkbox"/> 病院内 ・ <input type="checkbox"/> 装具業者) ② 何回、型を取りましたか？(<input type="checkbox"/> 回) ③ 誰が型を取りましたか？(主治医 ・ 病院関係者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 装具業者) <input type="checkbox"/> (2) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った <input type="checkbox"/> (3) 既製品(完成品)装具をS/M/Lのサイズから選ぶため、メジャーで簡単な測定を行った 誰が測定しましたか？ → (医師 ・ 看護師 ・ 装具業者) <input type="checkbox"/> (4) 何も行わなかった <input type="checkbox"/> (5) その他()		
問6. 装具装着後の療養にあたって、医師からはどのような指示や注意を受けていますか？		
<input checked="" type="checkbox"/> (1) 自宅安静 (4) 特に指示はされていない <input type="checkbox"/> (2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された (5) その他 <input type="checkbox"/> (3) 運動(スポーツ)をする際に装具装着するように指示された () ■ 受診頻度 : <input type="checkbox"/> ① 週1回 <input checked="" type="checkbox"/> ② 月1回 <input type="checkbox"/> ③ その他()		
以上のとおり相違ありません。		令和 5 年 4 月 10 日 申請者名 太陽 花子