

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「健康保険の記号・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
—		
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 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

問1. 装具は今回初めて作製されましたか？

(1) 以前にも作製したことがある(①～③へ) (2) 初めて作製した(問2へ) ①いつ頃作製されましたか？ 令和 年 月 日頃	② 以前作製した装具はどうされましたか？ (ア) 現在も使用している (イ) 装具業者へ返却した (ウ) 廃棄した→(年 月 日頃)	③ 今回の作製した装具は どちらに該当されますか？ (ア) 改めて作製した (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。	(1) 持っている (※手帳のコピーを添付) (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)

(1) 患部の支持・矯正・固定・免荷 (2) 痛みや症状の緩和(除痛) (3) リハビリ時に必要	(4) 再発防止・予防 (5) 運動(スポーツ時)に必要 (6) 受けていない	(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？

(1) 主治医の指示で決めた (2) 自分で決めた・医師に作製依頼をした (3) 装具製作会社の言われる通りに決めた ()	(4) 装具製作会社の勧めで決めた (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？

(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プスを巻き、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？(病院内 ・ 装具業者) ② 何回、型を取りましたか？ 回 ③ 誰が型を取りましたか？(主治医 ・ 病院関係者 ・ 装具業者)	(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 (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) (4) 何も行わなかった (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？

(1) 自宅安静 (2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された (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 : (1) 週1回 (2) 月1回 (3) その他()	(4) 特に指示はされていない (5) その他
--	----------------------------

以上のとおり相違ありません。 令和 年 月 日

申請者名