ver.26-20180910-R

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関して、受診状況等に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 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行う場合もあります。最下欄の署名・押印を忘れずにご提出ください。
③ 療養費の支給に関しては、各種内容確認完了後に決定することから、一定期間を要する場合がございますのでご了承ください。

(1) 記号－番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
―		
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日)	(5) 装具を作製することが決まった日	(6) 装具を装着した日 (適合日)
平・令　年　月　日	平・令　年　月　日	平・令　年　月　日

問１．装具の作製経緯について教えてください。

(1) **装具を作製するきっかけを教えてください** (例) 継続的に受診し、装具を作製することになった、装具業者の勧め 等

(2) **靴・インソールを購入した場合のみ ➡ 装具作製において、一番最初に行ったところはどこですか？**
ⓐ **靴店 (装具業者)**　ⓑ **医療機関**　ⓒ その他 (　　)

(3) **納品時の状況について**
－① 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？
ⓐ主治医 / ⓑ自分で決め、医師に依頼 / ⓒ装具業者 / ⓓ治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスか装具かで選択 等) / ⓔ その他 (　　)
－② 装具を受け取る際の状況について教えてください。
▸ 義肢装具士が立ち会いましたか？ ：ⓐ 立ち会った / ⓑ 立ち会わなかった / ⓒ その他 (　　)
▸ どこで受け取りましたか？ ：ⓐ 医療機関 / ⓑ 装具店 / ⓒ その他 (　　)
－③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ ：ⓐ 納品前 / ⓑ 納品当日 / ⓒ 納品日以降 / ⓓ その他 (　　)
－④ 装具代金は誰に支払いましたか？ ：ⓐ 医療機関 窓口 / ⓑ 装具業者 / ⓒ その他 (　　)

問2．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**
(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**
→
① 左記項目のどちらに該当しましたか ➡ (1) / (2)
② どこで行いましたか？ Ⓐ 病院内 / ⓑ 他 (　　)
③ 何回、行いましたか？ ＿＿回
④ 誰が行いましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

(3) **既製品(完成品)装具を購入**した。
→ **サイズ選択の方法は？**
→
Ⓐ **メジャー** → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
Ⓑ **試着**
Ⓒ **何も行わなかった**
Ⓓ **その他** (　　)

(4) 何も行わなかった

(5) その他 (　　)

問3．主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられましたか？

➡ 具体的な指示事項をお書きください 【 回答例 】 (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) 受けていない

問４．装具は今回初めて作製されましたか？

(1) **以前も作製したことがある** (①～③へ)
(2) **初めて作製した** (問5へ)

① いつ頃作製されましたか？
平・令　年　月頃

② **以前作製した装具は**
(a) 現在も**使用している**
(b) 装具業者へ**返却**した
(c) 廃棄した → (　年　月　日)

③ **今回の作製した装具は、**
(a) **改めて作製**した
(b) 以前作製した装具を**修理**した

問５．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頂いております。

(1) **持っている** (※手帳のコピー添付) → ① **補装具申請を行わなかった理由**
(2) **持っていない**

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(ｽﾎﾟｰﾂ)を控える**ように指示された
(3) **運動(ｽﾎﾟｰﾂ)をする際に装具装着**するように指示された
(4) **特に指示はされていない**
(5) **その他** (　　)

■ 受診頻度 ： ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 (　　)

以上のとおり相違ありません。また、今回申請した(第二家族)療養費について、保険給付の支給決定をするための参考として、当健保組合が医療機関 及び 関係機関に照会することに同意します。

マキタ健保組合 理事長 殿　　令和　年　月　日　(申請者名)　　㊞

ご協力ありがとうございました。