

# 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決定審査に必要なため、受診状況等について正確にご回答をお願いします。

- ①下記の質問について該当する番号を✓を付けてください。その他を選択された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、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真)
- ③必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。署名・押印を忘れずにご提出ください。
- ④給付金支払決定については、本書及び別途行う主治医への照会等を基に総合的に判断する事から、給付金支払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。

(1)記号	番号	(2)被保険者名	(3)受診者名
(4)本疾病に対し始めて受診した日(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)	
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

## 問1. 装具作製の経緯について

- (1)装具を作製するきっかけ [例]継続的に受診し、装具を作製することになった/装具業者の勧めで作製等
- (2)靴・インソールを購入した方 → 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)装具作製の指示をした方  
 主治医  自分から医師に依頼  装具業者  治療法(固定方法→ギブスまたは装具等)を自分で選び作製  
 その他( )

## 問2. 作製した装具について

- (1)装具の種類 (当てはまるものに✓)  
 既製品  オーダーメイド  その他( )
- (2)装具は初めて作製しましたか？ (当てはまるものに✓)  
同じ装具を以前も作製したことが  無  有 → 以前の装具は？  現在も使用中  廃棄した( 年 月 日)  
再作成した理由 →
- (3)装具のサイズ合わせの方法 (①～④の内、当てはまるもの1つに✓)  
①  採型 → 型を取った方法は？  石膏  足型版(フットプレッションフォーム)  その他( )  
②  採寸 → 測定方法は？  メジャー  その他( )  
③  試着  
④  何も行わなかった
- (4)サイズ合わせを行った方 (当てはまるものに✓/複数回答可)  
 医師  看護師  装具業者  その他( )
- (5)作製した装具の装着確認をした場所 (当てはまるものに✓)  
 医療機関  装具店  その他( )  
※手術日から着用を開始した方  
着用場所は？ →  手術室を出る時に既に装着済み  手術後病室等で着用  その他( )
- (6)装具装着確認時に立ち会った方 (当てはまるものに✓/複数回答可)  
 医師  看護師  装具業者  その他( )
- (7)主治医から説明された装具装着の具体的な目的 (当てはまるものに✓/複数回答可)  
 患部の支持・矯正・固定・免荷  痛みや症状の緩和(除痛)  リハビリ時に使用  再発防止・予防  
 その他( )  何も説明を受けていない
- (8)主治医から指示された装着が必要な状況 (当てはまるものに✓/複数回答可)  
 常時  運動(スポーツ)をする時  リハビリをする時  特に指示されていない  
 その他( )
- (9)障害者手帳をお持ちですか？ (当てはまるもの1つに✓) \*持っている場合は手帳の写しを添付  
 持っていない  持っている\*→補装具申請を行わなかった理由→

## 問3. お支払いの状況について

- (1)装具代金の支払状況 (当てはまるものに✓)  
 納品前  納品当日  納品日以降  その他( )
- (2)装具代金の支払先 (当てはまるものに✓)  
 医療機関窓口  装具業者  その他( )
- (3)医療機関からの文書料の請求の有無 (当てはまるものに✓)  
文書料の請求 →  無  有 \*有りの場合は領収書・診療費明細書のコピーを提出願います。

## 問4. 本疾病に対する受診状況について

- (1)医師から指示された受診の頻度 (当てはまるものに✓)  
 週1回  月1回  特に指示されていない  その他( )
- (2)装具装着後の受診状況 (当てはまるものに✓)  
 受診した( 月 日)  受診する予定( 月 日)  受診していない・受診予定はない\*  
\*上記受診していない・受診予定はないを選択された方はその理由 →
- (3)現在の治療状況 (当てはまるものに✓)  
 現在も通院治療中  完治している  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、当健康保険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。

エア・ウォーター健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

申請者(被保険者)名

㊞

ご協力ありがとうございました。

(R7.1)