

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箇所に☑してください。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裏面に添付してください。（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。署名を忘れずにご提出ください。
④ 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。

被保険者等記号 - 番号	被保険者名	受診者名
9999 - 100	健保 モナミ	健保 太郎
問1 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？		
☒ 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。 ☐ 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、足型版（フットプレッションフォーム）を踏み「型」を取った。 ① どこで型を取りましたか？ ☒ 病院内 ☐ その他（ ） ③ 誰が型をとりましたか？ ② 何回、型を取りましたか？ 1 回 ☒ 医師 ☐ 看護師 ☐ 装具業者 ☐ 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、幹部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った。 ☐ 既製品（完成品）装具を購入した。 ① サイズ選択の方法は？ ☐ メジャー ⇒ (a) 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（ ） ☐ その他（ ）		
問2 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？（複数回答可）		
☒ 患部の支持・矯正・固定・免荷 ☐ 再発防止・予防 ☐ その他（例：運動時に着用 等） ☐ 痛みや症状の緩和（除痛） ☐ 日常生活の補装具 ☐ リハビリ時に必要 ☐ 受けていない		
問3 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？		
☒ 主治医の指示で決めた ☐ 治療法（固定方法）を選択し装具を作製（例：ギブスカ装具かで選択 等） ☐ 自分で決めた・医師に作製依頼をした ☐ その他（ ） ☐ 装具作製会社の言われる通りに決めた		
問4 装具は今回初めて作製されましたか？		
☐ いいえ ☒ はい ① いつ頃作製されましたか？ 平・令 年 月 日 頃 ② 以前作製した装具はどうされましたか？ ☐ 現在も使用している ☐ 装具業者へ返却した ☐ 破棄した ③ 今回の作製した装具は、どちらに該当されますか？ ☐ 改めて作製した ☐ 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。		
☐ 持っている ☒ 持っていない 補装具申請を行わなかった理由		
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？		
☒ 自宅安静 ☐ 特に指示はされていない ☐ 運動（スポーツ）を控えるように指示された ☐ その他 ☐ 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： ☒ 週1回 ☐ 月1回 ☐ その他（ ）		

以上のとおり相違ありません。

愛知県農協健康保険組合 理事長 殿 令和 〇 年 6 月 10 日

（被保険者名）

健保 モナミ

裏面に装具の写真を添付

>>>