

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）
 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
-		
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？		
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 病院内 <input type="checkbox"/> その他（ ） <small>② 誰が型をとりましたか？</small> ② 何回、型を取りましたか？ _____ 回 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 装具業者 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 既製品（完成品）装具を購入した。 <small>③ ファイム選択の方法は？</small> <input type="checkbox"/> メジャー ⇒ (a) 誰が測定しましたか？ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 装具業者 <input type="checkbox"/> 試着 <input type="checkbox"/> 何も行わなかった <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 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）		
<input type="checkbox"/> 患部の支持・矯正・固定・充満 <input type="checkbox"/> 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> その他（例：運動時に着用 等） <input type="checkbox"/> 痛みや症状の緩和（除痛） <input type="checkbox"/> 日常生活の補装具 <input type="checkbox"/> リハビリ時に必要 <input type="checkbox"/> 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？		
<input type="checkbox"/> 主治医の指示で決めた <input type="checkbox"/> 治療法（固定方法）を選択し装具を作製（例：ギプスカ装具かで選択 等） <input type="checkbox"/> 自分で決めた・医師に作製依頼をした <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 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？		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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とつされましたか？ <input type="checkbox"/> 現在も使用している <input type="checkbox"/> 装具業者へ返却した <input type="checkbox"/> 破棄した ③ 今回の作製した装具は、とららに改訂されましたか？ <input type="checkbox"/> 改めて作製した <input type="checkbox"/> 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。		
<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 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？		
<input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 特に指示はされていない <input type="checkbox"/> 運動（スポーツ）を控えるように指示された <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 運動（スポーツ）をする際に装具装着するよつに指示された ▼ 受診頻度 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 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 年 月 日

（被保険者名）