

# 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 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。
- 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。

(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) 平・令 年 月 日	(5) 装具を作製することが決まった日 平・令 年 月 日	(6) 装具を装着した日 (適合日) 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？  
 ① 靴店 (装具業者)    ② 医療機関    ③ 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？  
 ① 主治医 / ② 自分で決め、医師に依頼 / ③ 装具業者 / ④ 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) / ⑤ 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？ : ① 立ち会った / ② 立ち会わなかった / ③ その他 ( )  
 ▶ どこで受け取りましたか？ : ① 医療機関 / ② 装具店 / ③ その他 ( )

③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ : ① 納品前 / ② 納品当日 / ③ 納品日以降 / ④ その他 ( )

④ 装具代金は誰に支払いましたか？ : ① 医療機関 窓口 / ② 装具業者 / ③ 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 → ① 左記項目のどちらに該当しましたか → ① 採型 / ② 採寸

(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 → ② どこで行いましたか？ ① 病院内 / ② 他 ( )

(3) 既製品(完成品)装具を購入した。 → サイズ選択の方法は？ → ③ 何回、行いましたか？ \_\_\_\_回

(4) 何も行わなかった → ④ 誰が行いましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

(5) その他 ( ) → ① メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者  
 ② 試着  
 ③ 何も行わなかった  
 ④ 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？

(1) 患部の支持・矯正・固定・免荷    (4) 再発防止・予防    (7) その他 (例: 運動時に着用 等)

(2) 痛みや症状の緩和 (除痛)    (5) 日常生活の補助具

(3) リハビリ時に必要    (6) 説明は受けていない

## 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) 装具を着用し安静に生活するよう指示    (4) 特に指示はされていない

(2) 通常の生活において装具を常時着用するよう指示    (5) その他

(3) スポーツ活動時にのみ装具を着用するよう指示 ( )

■ 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。

トヨタ関連部品健保組合 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。