

# 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 作製された装具の写真を添付して下さい。  
(装具の正面、背面、左右面、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。別紙「同意書」に記入・署名・押印のうえご提出ください。
- 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。

(1) 被保険者等 記号・番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
一		
(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(納品日)
年 月 日	年 月 日	年 月 日

## 問1. 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) 以前作製した装具はどうされましたか？	(3) 今回の作製した装具は、どちらに該当されますか？
(2) 初めて作製した(問2へ)	↓	
① いつ頃作製されましたか？	(a) 現在も使用している	(a) 改めて作製した
年 月頃	(b) 装具業者へ返却した	(b) 以前作製した装具を修理した
	(c) 廃棄した → (年 月 日)	

## 問2. 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)
- (2) 持っていない

## 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？(複数回答可)

- |                    |                  |         |
|--------------------|------------------|---------|
| (1) 患部の支持・矯正・固定・免荷 | (4) 再発防止・予防      | (7) その他 |
| (2) 痛みや症状の緩和(除痛)   | (5) 運動時(スポーツ)に必要 | )       |
| (3) リハビリ時に必要       | (6) 受けていない       |         |

## 問4. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| (1) 主治医の指示で決めた        | (4) 装具製作会社の勧めで決めた |
| (2) 自分で決めた・医師に作製依頼をした | (5) その他           |
| (3) 装具製作会社の言われる通りに決めた | ( )               |

## 問5. 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                               |                                     |
| (3) 既製品(完成品)装具をS/M/Lのサイズから選ぶため、メジャーで簡単な測定を行った                                   |                                     |
| (4) 何も行わなかった  | -----> 誰が測定しましたか？ → 医師 / 看護師 / 装具業者 |
| (5) その他 ( )   | ( )                                 |

## 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                            | (4) 特に指示はされていない |
| (2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された            | (5) その他         |
| (3) 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 : 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

年 月 日 (申請者名)

ご協力ありがとうございました。

## 同 意 書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給決定を行うにあたり、キクチ健康保険組合が必要とする事項について(私の個人情報を含む)関係機関等に照会・依頼を行い、回答提供を受けることについて同意します。

本書の写しが有効であることも認めます。

後日本件について、貴組合に対して一切の異議、請求等の申し立てはいたしません。

キクチ健康保険組合 殿

年 月 日

被保険者等記号番号 一

被保険者氏名