

装 具 作 成 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ついて給付金支給決定に必要なため、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口欄に✓を付けてください。「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等に診療内容の文書照会を行います。別紙「照会同意書」に署名・押印の上ご提出ください。
- ③給付金決定については、本書及び医療機関から受領するレセプトとの突合、別途必要に応じて行う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。
- ④審査の過程において、追加で確認書類(写真等)のご提出をお願いする場合がございますので、あらかじめご了承ください。
(※ 靴型装具を作成された場合はHPの案内に基づき、当該装具の写真を併せてご提出ください。)

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？

☐ 靴店(装具業者) ☐ 医療機関 ☐ 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？

☐ 主治医 ☐ 装具業者 ☐ ご自身で希望し、作成を依頼
☐ 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。

▶ 誰が立ち会いましたか？(複数選択可) → ☐ 医師 ☐ 義肢装具士 ☐ 看護師 ☐ その他()
▶ どこで受け取りましたか？ → ☐ 医療機関 ☐ 装具店 ☐ その他()

2. 装具の作製状況について教えてください。

- (1) サイズ合わせは、どのように行いましたか？

☐ オーダーメイドで作製	☐ 既製品装具を購入
☐ 患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で「型」を取った	☐ 各所をメジャーで細かく測った
☐ 足型版(フットインプレッションフォーム)を踏み込み、「型」を取った	☐ 試着した
☐ 患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った	☐ 何も行わなかった
☐ 何も行わなかった	☐ その他()
☐ その他()	

- (2) 誰が型をとりましたか(サイズの測定をしましたか)？

☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 装具業者 ☐ その他()

- (3) 装具は今回初めて作製されましたか？

☐ はい ☐ いいえ → ①いつ頃作製されましたか？(年 月頃)
②今回の装具はどちらに該当されますか？ → ☐ 改めて作製 ☐ 以前作製した装具の修理

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？

- 具体的な指示事項をお書きください 【回答例】(1) 患部の支持・矯正・固定・免荷、(2) 痛みや症状の緩和(除痛)、(3) リハビリ時に必要、(4) 再発防止・予防、(5) 受けていない

--

4. 装具装着後、次の来院指示について医師からはどのような指示を受けていますか？

- (1) 受診頻度 ☐ 週1回 ☐ 月1回 ☐ その他()
(2) 装具の受け取り日以降、受診しましたか？ ☐ 受診した ☐ 受診予定はない ☐ 受診する予定(月 日)

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。

- ☐ 持っていない ☐ 持っている → 補装具申請を行わなかった理由 (※手帳のコピーを添付してください)

--

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 ☐ 運動(スポーツ)を控えるように指示された ☐ 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
☐ 特に指示はされていない ☐ その他()

以上の通り、回答いたします。

日本アイ・ビー・エム健康保険組合 理事長殿

(確認書記入者)

令和 年 月 日

記号

番号