

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・押印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、支給申請いただいた日から2ヶ月以上お待ちいただくことをご了承ください。

(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)	(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. 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 どこで型を取りましたか？ 病院内 / 他 ()) (② 何回、型を取りましたか？ ___回) (③ 誰が型をとりましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者)
- (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)装具を購入した。 → サイズ選択の方法は？
- | | | |
|--------|--------------|-----------------|
| A メジャー | → 誰が測定しましたか？ | 医師 / 看護師 / 装具業者 |
| B 試着 | / | C 何も行わなかった |
| D その他 | (|) |
- (4) 何も行わなかった ()
- (5) 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)

- | | | |
|--------------------|------------|---------|
| (1) 患部の支持・矯正・固定・免荷 | (4) 受けていない | (5) その他 |
| (2) 再発防止・予防 | | } |
| (3) 日常生活の補助具 | | |

問 3. 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) 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスが装具かで選択 等) |
| (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 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 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5へ) | (a) 現在も使用している | (a) 改めて作製した |
| ① いつ頃作製されましたか？ | (b) 装具業者へ返却した | (b) 以前作製した装具を修理した |
| 年 月 頃 | (c) 廃棄した | |

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 (※初めて申請される方は手帳のコピー添付) → 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) 自宅安静 | (4) その他 |
| (2) 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 | } |
| (3) 特に指示はされていない | |
| ■ 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。

名古屋木材健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日 (申請者名)

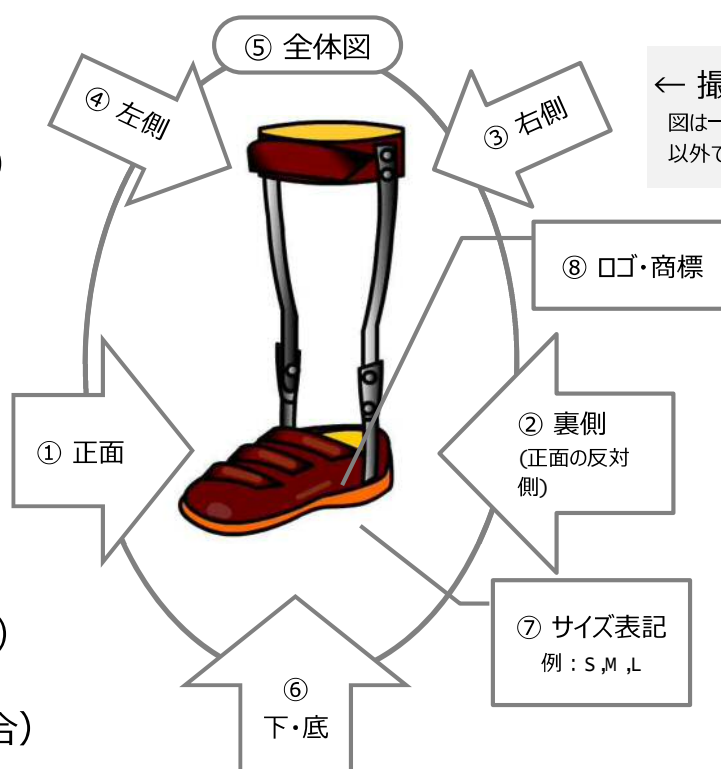
㊞

ご協力ありがとうございました。

治療用装具の写真について

(1) 撮影方法について

- ① 正面
- ② 裏側（正面の反対側）
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 全体図
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記（ある場合）
- ⑧ ロゴ・商標等（ある場合）
- ⑨ 取り扱い説明書・製品箱（ある場合）



← 撮影方法の例

図は一例です。足の装具や靴型装具以外でも同じように撮影して下さい。

同意書

私が請求しました（療養費）について、名古屋木材健康保険組合が
保険給付の（療養費）支給決定をするための参考として、医療機関及び
関係機関に照会をすることに同意します。

名古屋木材健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

〒

被保険者本人（自署） 住所

（健康保険被保険者証 記号 番号 ）

氏名 _____ ⑩