装 具 作 製 確 認 書

あなた（または家族）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の決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

◎下記質問について該当する番号を○で囲んでください。

◎ 給付金支払決定にあたり、本確認書等の内容について、医療機関等へ照会を行う場合がございます。
また内容によって装具の写真のご提出をお願いする場合があります。あらかじめご了承ください。

(1) 被保険者証 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) 装具装着日 (納品日)
平成 年 月 日		平成 年 月 日	平成 年 月 日

問1 装具作製にかかる傷病は第三者行為によるもの又は業務上、通勤上によるものですか？

（1）はい → 療養費の対象外となりますので申請不可。

（2）いいえ → 問2以降をご回答ください。

問2 装具は今回初めて作製しましたか？

(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2へ）

① いつ頃作製しましたか？

平成 年 月頃

② 以前作製した装具は どうしましたか？

(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 どちらに該当しますか？

(a) 改めて作製した

(b) 以前作製した装具を修理した

問3 医師からは、どのような目的の装具だと説明を受けましたか？(複数回答可)

(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) 日常生活の補助具

(6) 受けていない

(7) その他 (例：運動時に着用 等)

（ ）

問4 作製した装具は、誰の指示・意思で決めましたか？

(1) 医師の指示で決めた

(2) 自分で決めた ・ 医師に作製依頼をした

(3) 装具製作会社の言われる通りに決めた

(4) 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスか装具かで選択 等)

(5) その他

（ ）

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、石膏や、足型版などで「型」を取った

⇒ (① どこで型を取りましたか？ 病院内 / 装具業者 ② 何回、型を取りましたか？＿＿回 ③ 誰が型をとりましたか？ 主治医・病院関係者 / 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

(2) 運動(ｽﾎﾟｰﾂ)を控えるように指示された

(3) 運動(ｽﾎﾟｰﾂ)をする際に装具装着するように指示された

(4) 特に指示はない

(5) その他

（ ）

■ 受診頻度 ： ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他（ ）