

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箇所に**チェック**☑、または該当項目を○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**を添付してください。（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、給付金支払い決定まで、時間を要する場合がございます。また、内容に偽りのある場合は不支給となりますのでご了承ください。
※装具の療養費を支給できるのは治療用装具に限られます。

被保険者証 記号 - 番号 —	被保険者名	受診者名
本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 令和 年 月 日	装具を作製することが決まった日 令和 年 月 日	装具を装着した日 (納品日) 令和 年 月 日

問1. 作製した装具は、誰の指示・意思によって決められましたか？

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 主治医の指示 | <input type="checkbox"/> 治療法（固定方法）を選択し装具を作製（例：ギブスカ装具かで選択 等） |
| <input type="checkbox"/> 自分で決め、医師に依頼 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 装具業者の勧め | () |

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？

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 採型をした（オーダーメイドで作製するために型を取った）… ④ or ⑤
④ 患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で「型」を取った… はい / いいえ → ① どこで型を取りましたか？ 病院内 / 他 ()
⑤ 足型版を踏み込み、「型」を取った… はい / いいえ → 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 | |
| <input type="checkbox"/> 採寸をした（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） → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者 | |
| <input type="checkbox"/> 既製品（完成品）装具を購入 → サイズ選択の方法は？
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 () | |
| <input type="checkbox"/> 何も行わなかった | <input type="checkbox"/> 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？（複数回答可）

- | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 患部の支持・矯正・固定・免荷 | <input type="checkbox"/> 再発防止・予防 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 痛みや症状の緩和（除痛） | <input type="checkbox"/> 運動時（スポーツ）に必要 | () |
| <input type="checkbox"/> リハビリ時に必要 | <input type="checkbox"/> 受けていない | |

問4. 装具は今回初めて作製されましたか？

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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？
<input type="checkbox"/> 現在も使用している
<input type="checkbox"/> 装具業者へ返却した
<input type="checkbox"/> 廃棄した → [年 月 日] | ③ 今回作製した装具は、どちらに該当しますか？
<input type="checkbox"/> 改めて作製した
<input type="checkbox"/> 以前作製した装具を修理した |
| <input type="checkbox"/> 初めて作製した（問5へ） | | |
| ① いつ頃作製されましたか？
平成 / 令和 年 月頃 | | |

問5. 申請されている装具に関連する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。
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 持っている → 手帳のコピーを添付ください |
| <input type="checkbox"/> 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？

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅安静 | <input type="checkbox"/> 特に指示はされていない |
| <input type="checkbox"/> 運動（スポーツ）を控えるように指示された | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他 () | |

以上のとおり相違ありません。

また、今回申請しました療養費について、ワコール健康保険組合が保険給付の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することに同意します。

ワコール健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者氏名（自署） _____

ご協力ありがとうございました。