

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もご提出ください。必要な写真については別紙「治療用装具の写真ついて」を参照ください。
- ③ 必要に応じて主治医に文書照会を行います。その際は、「同意書」等の追加書類の提出をお願いします。

(1) 記号－番号 51 — 99	(2) 被保険者名 健保 太郎	(3) 受診者名 健保 康子
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 平成 30 年 3 月 5 日	(5) 装具の作成を指示された日 平成 30 年 3 月 5 日	(6) 装具を装着した日 (納品日) 平成 30 年 3 月 12 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 初めて作製した (問2へ) ① 前回いつ頃に作製されましたか？ 年 月 日頃	② 以前作製した装具は どうされましたか？ (a) 現在も使用している (b) 装具業者へ返却した ↓いつ頃？ (c) 廃棄した → (年 月 日)	③ 今回の作製した装具は、 どちらに該当されますか？ (a) 改めて作製し直した (b) 以前作製した装具を修理した
---	--	---

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)

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

問4. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？

<input checked="" type="checkbox"/> (1) 主治医の指示で決めた <input type="checkbox"/> (2) 自分で決めて医師に作製依頼をした <input type="checkbox"/> (3) 装具製作会社の勧めで決めた	<input type="checkbox"/> (4) 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？

<input checked="" type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 装具業者 ② 何回、型を取りましたか？ 1 回 ③ 誰が型をとりましたか？ 主治医・病院関係者 <input checked="" type="checkbox"/> 装具業者)
<input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (4) 何も行わなかった <input type="checkbox"/> (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？

<input checked="" type="checkbox"/> (1) 自宅安静 <input type="checkbox"/> (2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された <input type="checkbox"/> (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 ( )	<input type="checkbox"/> (4) 特に指示はされていない <input type="checkbox"/> (5) その他 ( )
■ 医療機関の受診頻度 : ① 週1回 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ② 月1回 ・ ③ その他 ( )	

問7. 装具製作後、医師による装具の装着適合(着用具合)の確認はありましたか？

<input checked="" type="checkbox"/> (1) あった → 医師が確認した日(平成 30 年 3 月 15 日) (2) なかった
---

以上のとおり相違ありません 平成 30 年 4 月 2 日 (申請者名) 健保 太郎 (健保)

ご協力ありがとうございました。

☑ 申請書類のチェック欄 (1)～(6)の書類が全て揃っているか確認のうえ、チェックしてください。

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> (1) 療養費支給申請書         | <input checked="" type="checkbox"/> (4) 装具作製確認書(本書) |
| <input checked="" type="checkbox"/> (2) 医師の意見書または装具作製指示書 | <input checked="" type="checkbox"/> (5) 購入された装具の写真  |
| <input checked="" type="checkbox"/> (3) 装具製作会社の領収書       | <input checked="" type="checkbox"/> (6) 医師の装具装着証明書  |