

装具作製確認書

治療用装具に対する給付金支給の審査に必要ですので、装具作製確認書への回答、および写真を提出ください。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。一部、記述いただく設問もあります。
- ② 作成された装具の写真を添付してください。(装具のラベルと全体写真を添付ください。)
- 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。
- ④ 給付金の決定については、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決定まで、時間を要する場合がありますのでご了承ください。

(1) 被保険者等の記号・番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名(申請対象者名)
—		
(4) 本疾病の初診日	(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
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いつ頃作製されましたか？ 平・令 年 月頃 ②今回の作成した装具は、どちらに該当されますか？ (a) 改めて作製した。 (2) 初めて作製した(問2へ) (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を判断するため、確認させていただきます		
(1) 持っている (2) 持っていない		
問3. 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、患部やその周辺にギブスを巻き、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。 (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？ ①メジャー → 誰が測定したか？ ②試着 ③何も行わなかった ④その他() A 医師/看護師 B 装具業者 (4) 何も行わなかった (5) その他 ()		
問4. 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) 再発防止・予防 (7) その他(例: 運動時に着用 等) (2) 痛みや症状の緩和(除痛) (5) 日常生活の補装具 () (3) リハビリ時に必要 (6) 説明を受けていない		
問5. 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 (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とおりに決めた		
問6. 装具装着後の療養にあたって、医師からどのような指示や注意を受けていますか？		
(1) 自宅安静 (4) 特に指示はされていない (2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された。 (5) その他() (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。 ◆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。また、今回申請した療養費について、保険給付の支給決定をするための参考として、当健保組合が医療機関及び関係機関に照会することに同意します。		
* 自署の場合は押印不要		
オムロン健康保険組合理事長 様 令和 年 月 日 (被保険者名) 印		