

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。

◎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。

◎必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。以下の「同意書欄」に署名・押印のうえご提出ください。付金支払い決定まで、時間を要する場合がございますのでご了承ください。

(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) 平成 年 月 日	(5)装具を作成することが決まった日 平成 年 月 日	(6)装具を装着した日(納品日) 平成 年 月 日
Q1. 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(Q2へ) ↓ ①いつ頃作製されましたか？ 平成 年 月 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 ↓ (年 月 日) (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)改めて作製した (b)以前作製した装具を修理した (修理する理由)
Q2. 障害手帳をお持ちですか？ <small>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、障害手帳の有無を確認させていただいております。</small>		
(1)持っている(※手帳のコピー添付) (2)持っていない		
Q3. 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 (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)運動時(スポーツ)に必要 (6)受けていない (7)その他 ()		
Q4. 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)リハビリ時に必要 (4)装具製作会社の勧めで決めた (5)その他 ()		
Q5. 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/装具業者 ②何回、型を取りましたか？__回 ③誰が型を取りましたか？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 (5)その他()		
Q6. 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(スポーツ)を控えるように指示された (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 (4)特に指示はされていない (5)その他 () ■受診頻度：①週1回・②月1回・③その他()		
Q7. 医療機関から受け取った領収書について 実費負担(保険外負担)はありましたか？		(1)はい (2)いいえ <small>※領収書、診療費明細書のコピー添付にご協力ください。</small>
以上のおとり相違ありません。 また、健康保険組合に基づく保険給付の支給決定を行うにあたり、岐阜県プラスチック事業健康保険組合が必要に応じて関係機関(医療機関、装具業者など)に対して照会・依頼を行うこと、関係機関が回答・提出を行うことに同意いたします。 かつ、この書面は写しも有効であることに同意いたします。 岐阜県プラスチック事業健康保険組合 理事長殿		
平成 年 月 日		被保険者(申請者)氏名 _____ (印)

本書により取得した個人情報、保険給付の支給決定(主治医への照会を含む)にのみ利用いたします。

ご協力ありがとうございました。