装 具 作 製 確 認 書

あなた（または被扶養者）が医療機関で、医師の指示により作製された装具に対する療養費の審査に必要なため、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 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。被保険者の署名・押印を忘れずにご提出ください。
③ 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、時間を要しますのでご了承ください。

療養費は健康保険法で健保組合が支給可否を決定すると定められていますので、申請されても必ず支給されるわけではありません。

(1) 記号番号	(2) 被保険者氏名	(3) 対象者氏名
(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) 装具を装着した日（装着・適合確認日）
平成・令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日

＊必須：記入前に必ず大同健保ホームページで支給要件、必要書類等をご確認ください。 ➡ 確認しましたか？　□はい（必ず確認してレを記入）

問１．装具の作製経緯について教えてください。

(1) **装具を作製するきっかけを教えてください**（例）継続的に受診し、装具を作製することになった、装具業者の勧め 等

（　　）

(2) **靴・インソールを購入した場合のみ ➡ 装具作製において、一番最初に行ったところはどこですか？**

ⓐ **靴店 (装具業者)**　ⓑ **医療機関**　ⓒ その他　（　　）

(3) **納品時の状況について**

－① 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？

ⓐ主治医 / ⓑ自分で決め、医師に依頼 / ⓒ装具業者 / ⓓ治療法(固定方法)を選択し装具を作製 /ⓔ その他(　　)

－② 装具を受け取る際（装着・適合確認時）の状況について教えてください。

- 誰が立ち合いましたか？　：ⓐ 医師 / ⓑ装具業者 / ⓒ その他　（　　）　＊該当するもの全てに○
- どこで受け取りましたか？　：ⓐ 診察室 / ⓑ手術室 / ⓒ 装具店 /ⓓ その他　（　　）
- いつ受け取りましたか？　：（　　月　　日　）
- いつから装具療法を開始しましたか？　：（　　月　　日　）＊実際に「装具を装着しての治療」の開始日

－③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？　：ⓐ 納品前 / ⓑ 納品当日 / ⓒ 納品日以降 / ⓓ その他　（　　）

－④ 装具代金は誰に支払いましたか？　：ⓐ 医療機関 窓口 / ⓑ 装具業者 / ⓒ その他　（　　）

問2．作製した装具のサイズ合わせは、いつ、どのように行いましたか？

▶サイズ合わせをした日はいつですか？　：（　　月　　日）

(1) **採型**をした（ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞで作製するために**型を取った**）・・・Ⓐ or Ⓑ

Ⓐ 患部やその周囲に**ギプスを巻き、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（　　）
- 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

Ⓑ **足型版(ﾌｯﾄﾌﾟﾚｯｼｮﾝﾌｫｰﾑ)を踏み込み**、「型」を取った・・・**はい / いいえ**

(2) **採寸**をした（ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞするために、患部等を**メジャーで細かく測った**）➡ ① 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

(3) **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

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？

➡ 具体的な説明事項をお書きください 【 回答例 】(1) 患部の支持・矯正・固定・免荷、(2) 痛みや症状の緩和、(3) リハビリ時に必要、(4) 再発防止・予防、(5) 保護、（6）受けていない

[　　]

問４．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5へ）

① いつ頃作製されましたか？
平成・令和　年　月頃

② **以前作製した装具は**
(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　月頃）

③ **今回の作製した装具は、**
(a) **改めて作製**した
(b) 以前作製した装具を**修理**した

問５．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必要があるため、障害者手帳の有無を確認しております。

(1) **持っている**（※手帳のコピー添付）→ ① **補装具申請を行わなかった理由**
(2) **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療養指導や通院指示を受けていますか？

(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) **特に指示はされていない**
(4) **その他**（

▶ いつ装着するよう指示されましたか？（運動時、常時、症状がある時等）：（　　）

▶ 通院指示：① 定期的に受診指示（月に　回）② 何か症状があった場合のみ ③指示はなし ④指示があったが自分の判断で受診しなかった

問７．装着後はどれくらいで治癒・寛解し、装具不要になると医師に言われましたか？

[　　]

▶いつまで装具を装着していましたか？：①（　　月　　日　）まで / ②現在も使用中

以上のとおり相違ありません。また、今回申請した(第二家族)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。

大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿　　令和　年　月　日　　被保険者氏名（自署）　　㊞

大同健保　　ご協力ありがとうございました。