治療用装具作製確認書

今回作製された治療用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項目を〇で囲んでください。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ので、裏面の同意書に署名をお願いいたします。

③ 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のでご了承ください。

記号 － 番号	被保険者名	受診者名
本疾病に対して初めて受診した日	装具を作製することが決まった日	装具を装着した日
令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日

問１．装具を作製した理由(経緯)をお聞かせください。

問２．今回作製した装具は、誰の指示・意思によって作製されましたか？

A. 主治医の指示　B. 自分で決め、医師に依頼した　C. 装具業者　D. 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？

問４．装具を作製する際のサイズ合わせは、どのように行いましたか？ A～E の該当に〇で囲んでください

A. 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) → A.に該当の際は、さらに下記の a.、b.の該当を〇で囲んでください。

a. 患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で「型」を取った ➡ ① 何回、型を取りましたか？ ＿＿＿回

b. 足型版(ﾌｯﾄｲﾝﾌﾟﾚｯｼｮﾝﾌｫｰﾑ)を踏み込み「型」を取った ② 誰が型を取りましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

B. 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)

C. 既製品装具（完成品）装具を購入 → C.に該当の際は、さらに下記の a.～d.の該当を〇で囲んでください。

➡ サイズ選択の方法は？ a.メジャー　b.試着　c.何も行わなかった　d.その他（　　）

D. 何も行わなかった

E. その他（　　）

問５．装具を受け取る際の状況についてお教えください。

(1) 医師による装着(適合)確認は行われましたか？　はい / いいえ →いいえの場合どのように受け取りましたか？（　　）

(2) 義肢装具士が立ち合いましたか？　立ち合った / 立ち合わなかった / その他（　　）

(3) どこで受け取りましたか？　医療機関 / 装具店 / その他（　　）

(4) 装具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（　　）

(5) 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（　　）

(6) 装具の領収書は誰から受け取りましたか？　医療機関窓口 / 装具業者 / 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？

A. 自宅安静　B. 運動(スポーツ)を控えるように指示された　C. 運動(スポーツ)をする際に装具装着するよう指示された

D. 特に指示はされていない　E. その他（　　）

問７．装具装着期間中、以前と同じように運動・スポーツ(部活動等)を行っていますか？

A. 行っている　B. 行っていない　C. その他（　　）

問８．装具装着後、次回の来院指示について医師からはどのような指示を受けていますか？

(1) 受診頻度　a.週１回　b.月１回　c.指示なし　d.その他

(2) 装具の受け取り日以降、受診しましたか？　a. 受診した(　月　日)　b. 受診予定(　月　日)　c. 受診予定なし

問９．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、確認させて頂いております。

A. 持っている（※手帳のコピーを添付してください）　B. 持っていない

➡ 裏面の同意書に署名をお願いします。

同　意　書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、イビデン健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対してイビデン健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供をすることについて同意致します。

また、上記照会を行うにあたり、イビデン健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。

なお、本書の写しも有効と致します。

イビデン健康保険組合　理事長
浅野　康博　様

同意日　令和　　年　　月　　日

保険証等記号番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※受診者ご本人が署名できない場合は、ご家族の方が代筆してください。