

治療用装具作製確認書

(治療用メガネ・弾性ストッキングは提出不要)

被保険者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、以下ご回答願います。

- 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 購入した装具の写真を別紙貼付のうえあわせてご提出ください。
- ③ 必要に応じて主治医等に診療内容の文書照会を行います。別紙同意書に署名のうえあわせてご提出ください。
- ④ 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、数ヶ月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) 受療者名

問 1. 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、「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 / 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)

(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
 ⇒ (① どこで測定しましたか？ 病院内 / 他 ()) (② 何回、測定しましたか？ ___回) (③ 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)装具を購入した。
 サイズ選択の方法は？

- Ⓐ メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
- Ⓑ 試着
- Ⓒ 何も行わなかった
- Ⓓ その他 ()

(4) その他 ()

問 2. 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) 日常生活の補助具 (6) その他

(2) 痛みや症状の緩和 (除痛) (5) 受けていない

(3) 再発防止・予防

問 3. 主治医から装具をいつ装着するように言われましたか？

(1) 症状が改善するまで日常的に (3) スポーツをする時だけ

(2) リハビリをする時だけ (4) その他 (例：痛みがある時だけ 等)

()

問 4. 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 (4) 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスが装具かで選択 等)

(2) 自分から装具を作りたいと医師に作成依頼した (5) その他

(3) 装具製作会社の言われる通りに決めた ()

問 5. 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 (3) 特に指示はされていない

(2) 運動(歩-つ)を控えるように指示された (4) その他

()

■ 装具装着後の医療機関受診指示の有無
 ※ () 内には具体的な指示内容を記入ください (例：月に一度受診、症状が続いていた場合に受診 等)
 無 ・ 有 ()

以上のとおり相違ありません。 年 月 日 受療者名 ()