

記入例

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給の審査において、以下の装具作製確認書のご回答、および、写真提出（写真添付用台紙に添付）が必要となります。写真が提出されない場合は給付金が支給できません。

健康保険証に記載されている  
番号をご記入ください

- ① 下記質問について該当する番号を記入してください。
- ② 作製された装具の写真を添付してください。写真がない場合はその箇所の写真を提出してください。
- ③ 必要に応じて主治医に診療内容を確認してください。
- 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ございますのでご了承ください。

『義眼』『治療用眼鏡』『弾性着衣』の申請は、  
確認書及び写真は、  
提出不要です！

保険証		被保険者名	受診者名
記号 <b>1234</b>	番号 <b>5678</b>	<b>健保 太郎</b>	<b>健保 花子</b>
本疾病に対し初めて受診した日（初診日）		装具を作成することが決まった日	装具を着着した日（納品日）
<b>2024</b> 年 <b>1</b> 月 <b>10</b> 日		<b>2024</b> 年 <b>3</b> 月 <b>1</b> 日	<b>2024</b> 年 <b>3</b> 月 <b>10</b> 日
<b>問1. 装具は今回初めて作製されましたか？</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> 以前も作製したことがある（①②へ） <input type="checkbox"/> 初めて作製した（問2へ）		① いつ頃作製されましたか？ <b>2022</b> 年 <b>3</b> 月頃	② 今回の作製した装具は、 どちらに該当されますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 改めて作製した <input type="checkbox"/> 以前作製した装具を修理した
<b>問2. 障害者手帳をお持ちですか？</b>		<input type="checkbox"/> 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 ..... <input checked="" type="checkbox"/> 持っていない [ ]	
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、障害者手帳の有無を確認させていただきます。			
<b>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？</b>			
<input type="checkbox"/> 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ブスを巻き、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 ⇒（誰が型を取りましたか？ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 装具業者）			
<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既製品（完成品）装具を購入した。 <input checked="" type="checkbox"/> メジャー → 誰が測定しましたか？ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input checked="" type="checkbox"/> 装具業者 .....▶ サイズ選択の方法は？ <input type="checkbox"/> 試着 / <input type="checkbox"/> 何も行わなかった <input type="checkbox"/> 何も行わなかった <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
<b>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）</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> 患部の支持・矯正・固定・免荷 <input type="checkbox"/> 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> その他（例：運動時に着用等） <input type="checkbox"/> 痛みや症状の緩和（除痛） <input type="checkbox"/> 日常生活の補助具 [ ] <input type="checkbox"/> リハビリ時に必要 <input type="checkbox"/> 受けていない			
<b>問5. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> 主治医の指示で決めた <input type="checkbox"/> 治療法（固定方法）を選択し装具を作製（例：ギブスカ装具かで選択等） <input type="checkbox"/> 自分で決めた・医師に作製依頼をした <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 装具製作会社の言われる通りに決めた（ ）			
<b>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？</b>			
<input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 特に指示はされていない <input checked="" type="checkbox"/> 運動（スポーツ）を控えるように指示された <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ <b>月2回</b> ）			