

確認書①「既製品（完成品）」

(1) 記号-番号 999-9999	(2) 被保険者名 日発太郎	(3) 受診者名 日発次郎
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 令和 6 年 5 月 17 日	(5) 装具を作製することが決まった日 令和 6 年 6 月 10 日	(6) 装具を装着した日 (適合日) 令和 6 年 6 月 24 日

①-1. 装具を受け取る際の状況について教えてください。

(1) 義肢装具士が立ち会いましたか？	→ <input checked="" type="checkbox"/> 立ち会った	<input type="checkbox"/> 立ち会っていない	<input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 装具は、どこで受け取りましたか？	→ <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 装具店	<input type="checkbox"/> その他 ()
(3) 装具の代金は、いつ支払いましたか？	→ <input type="checkbox"/> 納品前	<input checked="" type="checkbox"/> 納品当日	<input type="checkbox"/> 納品日以降
(4) 装具代金は誰に支払いましたか？	→ <input type="checkbox"/> 医療機関 窓口	<input checked="" type="checkbox"/> 装具業者	<input type="checkbox"/> その他 ()
(5) 装具の領収書は誰から受け取りましたか？	→ <input type="checkbox"/> 医療機関 窓口	<input checked="" type="checkbox"/> 装具業者	<input type="checkbox"/> その他 ()

①-2. 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) サイズ選択の方法について教えてください。(レ点をする項目に矢印「→」がある場合は右側にある設問までお答えください)

<input checked="" type="checkbox"/> メジャーで測った	→	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	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 型を取った	→	①どこで型を取りましたか？ <input type="checkbox"/> 病院内 <input type="checkbox"/> その他 () ②何回、型を取りましたか？ _____ 回 ③誰が型をとりましたか？ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 装具業者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
<input type="checkbox"/> 試着した						
<input type="checkbox"/> 何も行わなかった						
<input type="checkbox"/> その他	()					

(2) 受け取った装具は、装具業者によってオーダー加工が施してありますか？

<input type="checkbox"/> 加工はされていない	<input checked="" type="checkbox"/> 加工を施してある → ()	どのような加工ですか？ 内側にパッドをつけた
------------------------------------	--	---------------------------

①-3. 装具は今回初めて作製されましたか？

以前も購入したことがある 初めて購入した

①-4. 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、障害者手帳の有無を確認させて頂いております。

持っている (※手帳のコピー添付) 持っていない

①-5. 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 その他 ()
 治療法(固定方法)を選択した(ギプスカ装具かで選択等) → (詳細:)

①-6. 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？

患部の支持・矯正・固定・免荷 痛みや症状の緩和 リハビリ時に必要 再発防止・予防
 受けていない その他 ()

①-7. 装具装着期間中、以前と同じ様に運動・スポーツ(部活動)を行っていますか？

行っている 行っていない その他 ()

①-8. 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？

自宅安静 運動を控えるように指示された 運動する際に装具装着するように指示された
 特に指示はされていない その他 (日常的に装着するように指示されている)

①-9. 装具装着後、次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？

週1回受診 月1回受診 なし その他 (受診予定日等 月 日)

①-10. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？

いいえ / はい(※)

①-11. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

なかった / あった(※)

①-12. 装具の広告・リーフレットや取扱説明書はありましたか？

なかった / あった(※)

※ 領収書、診療費明細書、装具のリーフレット、説明書等のコピーの提出を求める場合があります。

以上のとおり相違ありません。

またこの療養費申請について保険給付の支給決定をするための参考として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。

令和 6 年 7 月 15 日 (申請者名) 日発太郎

確認書⑥「オーダーメイド」

(1) 記号 - 番号 999-9999	(2) 被保険者名 日発太郎	(3) 受診者名 日発次郎
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 令和 6 年 5 月 17 日	(5) 装具を作製することが決まった日 令和 6 年 6 月 10 日	(6) 装具を装着した日 (適合日) 令和 6 年 6 月 24 日

⑥-1. 装具の作製経緯について教えてください。

(1) 靴・インソールを購入した場合、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 ()

(2) 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 その他 ()
 治療法(固定方法)を選択した(ギプスカ装具かで選択等) → (詳細:)

(3) 装具を受け取る際の状況について教えてください。

- ① 義肢装具士が立ち会いましたか？ → 立ち会った 立ち会っていない その他 ()
- ② 装具は、どこで受け取りましたか？ → 医療機関 装具店 その他 ()
- 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
- 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 ()
- ⑤ 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 ()

⑥-2. 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？ (レ点をする項目に矢印「→」がある場合は右側にある設問までお答えください)

- 型を取った → (1) どのように型を取りましたか？
 患部やその周囲にギプスを巻き石膏で取った 足型版(フットレッションフォーム)を踏込んで取った
- (2) どこで型を取りましたか？ 病院内 その他 ()
- (3) 何回、型を取りましたか？ 1 回
- (4) 誰が型をとりましたか？ 医師 看護師 装具業者 その他 ()
- メジャーで細かく測った → 誰が測定しましたか？ 医師 看護師 装具業者 その他 ()
- 何も行わなかった その他 ()

⑥-3. 装具は以前にも作製されたことがありますか？

- いいえ はい → (1) 前回はいつごろ作製されましたか？ 年 月 ごろ
(2) 今回作製した装具は、どちらですか？ 改めて作製した 以前作製した装具を修理した

⑥-4. 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、障害者手帳の有無を確認させて頂いております。

持っている (※手帳のコピー添付) 持っていない

⑥-5. 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？

患部の支持・矯正・固定・免荷 痛みや症状の緩和 リハビリ時に必要 再発防止・予防
 受けていない その他 ()

⑥-6. 装具装着期間中、以前と同じ様に運動・スポーツ(部活動)を行っていますか？

行っている 行っていない その他 ()

⑥-7. 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？

自宅安静 運動を控えるように指示された 運動する際に装具装着するように指示された
 特に指示はされていない その他 (**日常的に装着するように指示されている**)

⑥-8. 装具装着後、次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？

週1回受診 月1回受診 なし その他 (受診予定日等 月 日)

⑥-9. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？

いいえ / はい(※)

⑥-10. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

なかった / あった(※)

⑥-11. 装具の広告・リーフレットや取扱説明書はありましたか？

なかった / あった(※)

※ 領収書、診療費明細書、装具のリーフレット、説明書等のコピーの提出を求める場合があります。

以上のとおり相違ありません。

またこの療養費申請について保険給付の支給決定をするための参考として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。

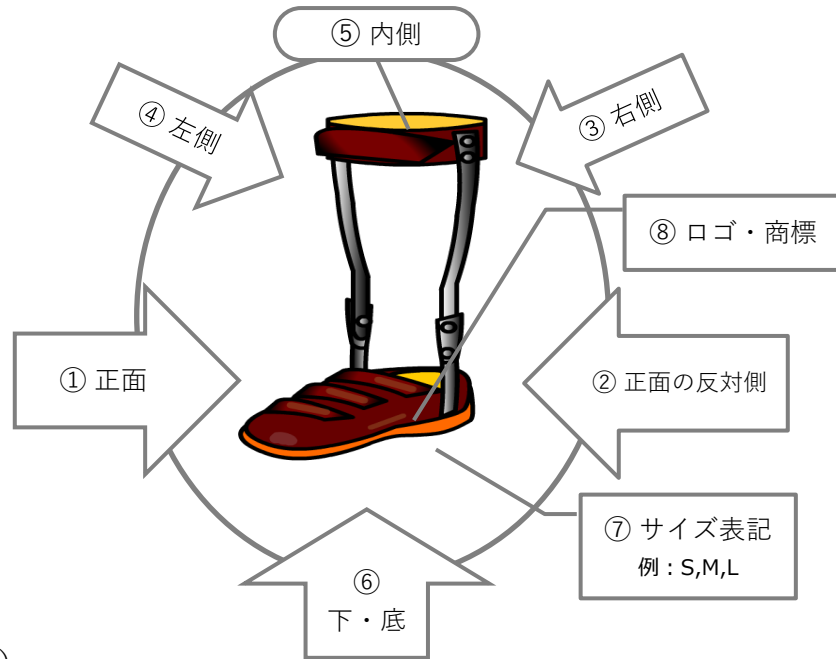
令和 6 年 7 月 15 日 (申請者名) 日発太郎

治療用装具の写真について

(1) 撮影方法について

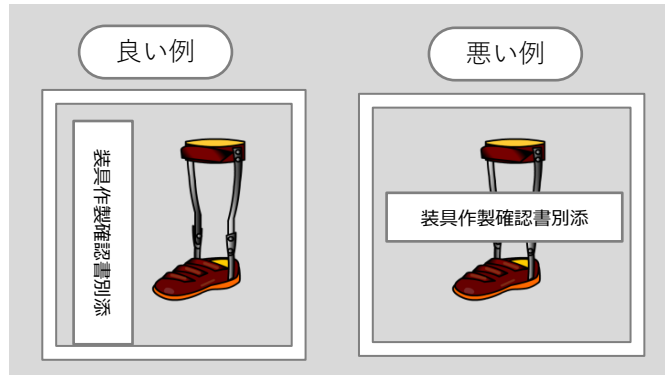
▶ キリトリ線以下の「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」を装具の横に置いて、下記の方法および箇所について撮影して下さい。

- ① 正面
- ② 裏側（正面の反対側）
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 内側
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記（ある場合）
- ⑧ ロゴ・商標等（ある場合）
- ⑨ 取り扱い説明書・製品箱（ある場合）



【ご注意】

- * 「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」の紙が治療用装具を隠すことがないように撮影して下さい。
- * 出来上がった写真にはっきりと文字がわかるように下記の紙には濃くご記入ください。



* 写真プリント以外に、A4用紙でカラー出力していただいても結構です。

----- ✂ ----- キ リ ト リ ----- ✂ -----

装具作製確認書 別添 作製した装具の写真

(1) 記号 999 — 9999	番号	(2) 被保険者名 日発太郎	(3) 受診者名 日発次郎
(4) 医師意見書に記載の治療用装具名 右短下肢装具	(5) 装具を装着した日（納品日） R6 年 6 月 24 日	(6) 装具を撮影した日 R6 年 7 月 15 日	