装 具 作 製 確 認 書（既製品を購入した方もご記入願います）

あなた（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し、給付金の支払いを決定するのに必要なため、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 作製された装具の写真を添付して下さい。（装具の正面、背面、左右、下、ロゴ・商標・サイズ表記などがあればその箇所の写真）
③ 必要に応じて、別途書類を提出いただく場合がございます。
④ 必要に応じて、主治医に診療内容の文書照会を行います。下記同意書欄に署名をお願いいたします。
⑤ 給付金支払い決定までに、装具作製月から3カ月以上お時間がかかりますので、あらかじめご了承ください。
※健康保険の記号・番号は「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」にてご確認ください

私は、ホンダ健康保険組合が医療機関および関係機関に対して療養などの内容照会を行うこと、および当該機関が内容照会の回答をすることに同意します。

ホンダ健康保険組合 理事長 殿　　令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名 (自署)

(1) 記号－番号	(2)装具を作製した対象者氏名	(3) 続柄
—		
(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 (適合日)
平成・令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日

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 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しましたか？

ⓐ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 (例:ギプスか装具かで選択 等) / ⓔ その他 (　　)

－② 装具を受け取る際の状況について教えてください。

- どこで受け取りましたか？　：ⓐ 医療機関 / ⓑ 装具店 / ⓒ その他 (　　)
- 義肢装具士が立ち会いましたか？　：ⓐ 立ち会った / ⓑ 立ち会わなかった / ⓒ 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 / ⓓ 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、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**と、**「型」を取るようなことを行った**

(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 左記項目のどちらに該当しましたか ➡ (1) / (2)
② どこで行いましたか？　Ⓐ 病院内 / ⓑ 他 (　　)
③ 何回、行いましたか？　　回
④ 誰が行いましたか？　医師 / 看護師 / 装具業者

(3) **既製品(完成品)装具を購入**した。

→ **どのような方法でサイズを決定しましたか？**

- Ⓐ **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) 何も行わなかった

(5) その他 (　　)

問3．主治医からどのような目的の装具だと説明がありましたか？

➡ 具体的な指示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(除痛)、(3) リハビリ時に必要、(4) 再発防止・予防、(5) 受けていない

問４．装具は今回初めて作製しましたか？

(1) **以前も作製したことがある** (①～③へ)
(2) **初めて作製した**

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)

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ため、障害者手帳の有無を確認させて頂いております

(1) **持っていない**　(2)**持っている**(**※障碍者手帳の「障害の原因となる疾病」が記載されているページのコピーを添付**してください)
→ **市区町村の社会福祉課に申請を行わなかった理由を記載**してください
(　　)

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指示や注意を受けていますか？

(1) **自宅安静**　(2) **運動(ｽﾎﾟｰﾂ)を控える**よう指示された　(3)ﾘﾊﾋﾞﾘ以外で**運動(ｽﾎﾟｰﾂ)をする際に装具装着する**よう指示された
(4) **特に指示はされていない**　(5) **その他** (　　)

■ 受診頻度　：　① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他　(　　)

R7.10改定