

様式番号	
給	5-1

【装具作製確認書】

- 下記質問について該当する番号等を○で囲み、その他の場合は記述にてお答えください。
- 必要に応じて主治医や装具作成業者に診療内容等の照会を行います。
下記の「同意」に関する記載を確認のうえ、署名をお願いいたします。
- いずれかの方法で装具の写真を提出願います。(詳しくは、給5裏面参照)
①写真台紙に貼付し、確認書と一緒に提出 ②メールで送信(送信先:kyuuhu@hokunoukenpo.or.jp)
- 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に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(納品日)
H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
問1 装具を作製するきっかけを教えてください。(例)継続的に受診治療し、装具を作製することになった。装具業者の勧め、知人の紹介等		
問2 靴・インソールを購入した場合のみ回答 ⇒ 装具作製において一番最初にいったところはどこですか？ (1)靴店 (2)装具業者 (3)医療機関 (4)その他()		
問3 装具は今回初めて作製されましたか (1)以前も作製したことがある(①~③へ) (2)初めて作製した(問4へ)		
①前回はいつ作製されましたか	②以前作製した装具はどうされましたか	
H・R 年 月 頃	(1)現在も使用している (2)装具業者へ返却した(H・R 年 月 頃) (3)破棄した(H・R 年 月 頃)	
③今回作製した装具はどちらに該当しますか (1)改めて作製した (2)以前作製した装具を修理した		
問4 障害者手帳をお持ちですか <small>(障害者総合支援法による補装具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)</small>	(1)持っている(→手帳のコピーを添付) → ①補装具申請を行わなかった理由 (2)持っていない ()	
問5 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けましたか(複数回答可) (1)患部の支持・矯正・固定・免荷 (2)痛みや症状の緩和(除痛) (3)リハビリに必要 (4)再発防止・予防 (5)日常生活の補装具 (6)説明を受けていない (7)スポーツ用 (8)その他(具体的に) []		
問6 作製した装具はどなたの指示・意思で決めましたか (1)主治医の指示で決めた (2)自分で決め、医師に作製依頼した (3)主治医に提案され、自分で決めた (4)装具業者に勧められて自分で決めた (5)装具業者に言われるとおりに決めた (6)自分で決め、装具業者に依頼した (7)その他 [具体的に:]		
問7 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)採型をした(オーダーメイドするために型を取った)…AかBに○ A 患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で「型」を取った → ①どこで型を取りましたか? 病院内 / 他() B 足型版を踏み込み「型」を取った → ②何回型を取りましたか? (回) ③誰が型を取りましたか? 医師 / 看護師 / 装具業者 (2)採寸をした (装具を身体に合わせてオーダーメイドするため、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った) → ①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 → サイズの選択方法は? { ①メジャー又は目視 → 測定者は? 医師 / 看護師 / 装具業者 ②試着 ③何もなかった ④その他() (4)何も行わなかった (5)その他 []		
問8 装具の装着状況について教えてください。 ●装具の作製・装着・支払までの間に義肢装具士は立ち会いましたか? (1)立ち会った(いつ:) (2)立ち会わなかった (3)その他[] ●どこで受け取りました? : (1)医療機関 (2)装具店 (3)その他[] ●どこで代金を支払いましたか? : (1)医療機関に支払依頼 (2)装具店に送金 (4)その他[]		
問9 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(スポーツ)を控えるように指示された (3)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 (4)特に指示はされていない (5)その他 []		
問10 受診頻度について (1)週に1回 (2)月に1回 (3)その他[]		
<p>以上のとおり相違ありません。 また、保険給付の支給決定を行うにあたり、必要に応じて 関係機関(医療機関・装具作製業者等)に対して 照会を行うこと、関係機関が回答・提出を行うことに同意いたします。</p> <p>北海道農業団体健康保険組合 理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日 被保険者または受診者氏名(自署) _____</p>		