

回答書A「オーダーメイド」

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

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、装具業者の勧め 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？	④靴店 (装具業者)	⑥医療機関 ③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されましたか？		
④主治医 ⑥自分で決め、医師に依頼 ③装具業者 ④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)		
⑤ 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。		
▶ 義肢装具士が立ち会いましたか？ → ④立ち会った ⑥立ち会わなかった ③その他 ()		
▶ どこで受け取りましたか？ → ④医療機関 ⑥装具店 ③その他 ()		
▶ 装具の代金は、いつ支払いしましたか？ → ④納品前 ⑥納品当日 ③納品日以降 ④その他 ()		
▶ 装具代金は誰に支払いしましたか？ → ④医療機関 窓口 ⑥装具業者 ③その他 ()		
▶ 装具代金はどのように支払いしましたか？ → ④現金・クレジットカード ⑥振込 ③その他 ()		
▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？ → ④医療機関 窓口 ⑥装具業者 ③その他 ()		

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) 採型をした	「オーダーメイド'で作製するために型をとった (a) or (b)	①どこで型をとりましたか？ ④病院内 ⑥その他 ()
(a) 患部やその周囲にギプスを 巻き、石膏で型をとった	はい / いいえ	②何回、型をとりましたか？ _____回
(b) 足型版(フットインプレッションフォーム)を 踏み込み、型をとった	はい / いいえ	③誰が型をとりましたか？ ④医師 ⑥看護師 ③装具業者 ④その他 ()
(2) 採寸をした	「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 誰が測定しましたか？ ④医師 ⑥看護師 ③装具業者 ④その他 ()
(3) 何も行わなかった	(4) その他 ()	

3. 装具は今回初めて作製されましたか？

④以前も購入したことがある (↓ ①～②へ)		⑥初めて購入した
①いつ頃作製されましたか？ 平成 年 月 頃	②今回の作製した装具は、どちらに該当されますか？ (a)改めて作製した (b)以前作製した装具を修理した	④持っている (※手帳の写しを添付) ⑥持っていない

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。

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？

➡ 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

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？

④行っている ⑥行っていない ③その他 ()

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？

④自宅安静 ⑥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 ()

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？

(1) 受診頻度 ① 週1回 ② 月1回 ③ その他 ()
(2) 装具の受け取り日以降、受診しましたか？ ④受診した ⑥受診予定はない ③受診する予定(令和 年 月 日)

9. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？

④いいえ / ⑥はい(※)

10. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

④なかった / ⑥あった(※)

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？

④なかった / ⑥あった(※)

※領収書、診療費明細書、装具の広告・リーフレット、説明書(メーカー・製品名が明記されている部分)の写しを提出して下さい。

以上のとおり相違ありません。また、今回申請した(第二家族)療養費について、保険給付の支給決定をするための参考として、川崎重工業健康保険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。

川崎重工業健康保険組合 令和 年 月 日 被保険者氏名
理事長 殿 (必ず自署)