

装 具 作 成 確 認 書

(治療用眼鏡を作成された方/弾性ストッキングを購入された方は添付不要)

記号： 番号：

被保険者氏名：

対象者氏名：

※以下の質問について、該当するものに☑、必要事項を記入し、療養費・第二家族療養費請求書に添付してご提出ください。

【装具の作成経緯について】

①装具を作成した経緯についてお答えください

②主治医からはどのような目的の装具だと説明を受けましたか（該当するものすべてに☑してください）

☐患部の支持・矯正・固定・免荷 ☐痛みや症状の緩和（除痛） ☐リハビリ時に必要
☐再発防止 ☐日常生活の補装具 ☐説明は受けていない
☐その他（ ）

③今回作成した装具はいつ装着していますか（該当するものすべてに☑してください）

☐24 時間 ☐昼間（☐室内 ☐外出時） ☐就寝時
☐その他 ※どのような場面で装着するよう指示されているかをご記入ください

【装具の作成時のサイズ合わせについて】※該当するものに☑ してください

☐装具を体に合わせてオーダーメイドするために、患部周辺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して型を取った（型取りをしたのは ☐装具業者 ☐装具業者以外（医師、看護師、理学療法士等））
☐装具を体に合わせてオーダーメイドするために患部周辺の各所をメジャー等で細かく測った（測定したのは ☐装具業者 ☐装具業者以外（医師、看護師、理学療法士等））
☐既製品（完成品）装具を S/M/L サイズから選ぶため、
☐（☐装具業者 ☐装具業者以外（医師、看護師、理学療法士等））がメジャー等で計測し、サイズ合わせを行った
☐実際に装着してサイズ合わせを行った
☐型取りや計測、試着等は何も行わなかった
☐その他（ ）

【装具装着時の状況について】

①義肢装具士は立ち会いましたか

☐立ち会った ☐立ち会わなかった ☐その他（ ）

②装具を装着した状態で医師の診察を受けましたか

☐受けた ☐受けなかった ☐その他（ ）

【装具装着後の療養について】

①治療に要する期間の目途についてお答えください

☐治療開始時の説明では、概ね（ ）月程度必要であるとの説明を受けた
☐治療に要する期間の目途について、特段の説明はなかった

②装具装着後の受診について、医師からの指示をお答えください

☐週 1 回程度 ☐月 1 回程度 ☐その他（ ）

【障害者手帳の有無について】※障害者総合支援法による補装具の対象になるかの判断のための確認です

☐持っている（役所に補装具の申請を行わなかった理由： ）
☐持っていない

ご協力ありがとうございました