

(この確認書は治療用装具(弱視治療用眼鏡を除く)の作製(購入)に伴い、療養費支給申請を行う際に、申請書に添付して提出してください)

装具作製確認書兼同意書

エム・オー・エー健康保険組合 御中

私は、エム・オー・エー健康保険組合または同組合が委託した業者が、療養費支給申請書および本確認書に記載された事実を確認するため、主治医および装具業者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

(被保険者署名または記名押印) _____ (印) (同意年月日) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 同意いただく上での留意点

- ① 下記の各問について、該当する番号に○を、その他の場合は具体的に記述してください。
- ② 必要に応じて装具の写真(画像)の送付等をお願いすることがあります。
- ③ 必要に応じて主治医等に文書照会等を行う場合、給付金支払いまでに相当の時間を要することがあります。

| | | |
|--------------------|---------------------|--|
| 被保険者証 記号-番号 | 作製等を指示をした医療機関名 | 本傷病にかかる初診日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 被保険者名(申請者名) | 作製等の指示をした医師の名前 | 装具を装着することが決まった日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 療養を受けた者(装具の装着者)の氏名 | 作製した治療用装具名(既製品は製品名) | 実際に装具を装着した日(納品日) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

問1 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？(複数回答可)

- | | | |
|----------------------|-------------------|-------------|
| (1) 患部の支持・矯正・固定・免荷など | (4) 再発防止・他傷病の予防 | (7) その他 () |
| (2) 痛みや症状の緩和 | (5) 日常生活の補助具として使用 | |
| (3) リハビリ時に必要なもの | (6) 目的の説明は受けていない | |

問2 作製(購入)した装具の内容は、誰の指示・意思で決めましたか？

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| (1) 主治医が決定し、その指示に従った | (4) 自分から装具を希望し、作成(購入)を依頼した |
| (2) 装具業者の判断で決められた | (5) その他 () |
| (3) 治療法を選択する形で提案され、自分で選択した | |

問3 作製(購入)した装具のサイズ合わせは、どのように行いましたか？

- (1) オーダーメイドによる作製のため、「型取り」のようなことを行った(ギブスを巻く・石膏を流し固める・足型板を踏み込むなど)
⇒ どこで型を取りましたか？ 1. 病院内 2. 病院外 ()
⇒ 誰が型を取りましたか？ 1. 医師・看護師等 2. 装具業者 型を取った回数 _____ 回
- (2) オーダーメイドによる作製のため、患部やその周囲の各寸法をメジャーで細かく測った ⇒ 誰が測りましたか？ 1. 医師・看護師等
- (3) 既製品(完成品)装具を購入のため、メジャーなどで測ってサイズを選んだ 2. 装具業者
- (4) 既製品(完成品)装具を購入のため、試着してサイズを選んだ ()
- (5) 何も行わなかった(目視のみの場合を含む) (6) その他 ()

問4 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ましたか？(複数回答可)

- | | |
|--|--------------------|
| (1) 自宅安静を指示された | (5) 特に指示や注意は受けていない |
| (2) 運動(スポーツ)を控えるように言われた | (6) その他 () |
| (3) 運動(スポーツ)をする際に装具を装着するように言われた | |
| (4) 経過観察等を理由に再度受診するように指示された ⇒ 装着日から次回受診までの期間 _____ 日間・週間・ヶ月間 | |

問5 装具の作製(購入)は今回が初めてですか？(同一傷病に対するものに限る)

- (1) 今回が初めての作製である (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いただきます)
⇒ 障害者手帳はお持ちですか？ 1. 持っている ⇒ 手帳の写しを添付し、補装具申請を行わない理由をカッコ内にご記入ください
2. 持っていない ()
- (2) 2回目以降の作製または修理である
⇒ どちらに該当しますか？ 1. 以前作製した装具を修理した ()
⇒ 前回はいつ頃作製されましたか 2. 改めて作製した ⇒ 装具を改めた理由をカッコ内にご記入ください ()
⇒ 前回作製した装具はどうしましたか？
平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
1. 現在も使用している(使用方法: _____)
2. 廃棄または業者へ返却 ⇒ 廃棄または返却日 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※靴型装具・短下肢装具は、必ず写真(普通紙にプリントしたもので可)を添付してください。

ご協力ありがとうございます。