

装具作製確認書

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する給付金支払決定に必要なため、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 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。以下の「同意書」に署名・押印のうえご提出ください。
- ③ 給付金の審査・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もとに総合的に判断することから、支給決定まで時間を要することがございますのでご了承ください。
- ④ 装具の写真を添付してください(正面から・横から・メーカーのわかる部分等) 写真はメールでも可(kenpo@sanofi.com)

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(初診日)	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)
年 月 日	年 月 日	年 月 日
問1 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) 以前作製した装具は どうされましたか	(3) 今回作製した装具は どちらに該当しますか
(2) 初めて作製した(問2へ)		
① 前回はいつ作製されましたか	(a) 現在も使用している (b) 装具業者へ返却した(年 月頃) (c) 廃棄した(年 月頃)	(a) 改めて作製した (b) 以前作製した装具を修理した
年 月 日頃		
問2 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) 持っている→手帳のコピー添付 (2) 持っていない
問3 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 (4) 再発防止・予防 (7) その他(具体的に) (2) 痛みや症状の緩和(除痛) (5) 日常生活の補助具 (3) リハビリに必要 (6) 説明を受けていない		
問4 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか		
(1) 主治医の指示で決めた (4) 治療法を選択し装具を作製(例:ギプスカ装具かで選択) (2) 自分で決めた・医師に作製依頼をした (5) その他(具体的に) (3) 装具製作会社の言われる通りにした		
問5 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、石膏で型をとったり、足型版を踏み込んだりと、「型」をと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 (3) 既製品(完成品)装具をS/M/L のサイズから選ぶため、メジャーで簡単な計測を行った (4) 何も行わなかった (5) その他 ()		→(1)(2)(3) どこで計測しましたか a) 病院 b) 装具屋 c) その他() だれが計測しましたか a) 医師 b) 看護師 c) 装具業者 d) その他()
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 (4) 特に指示はされていない (2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された (5) その他 () (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		
受診頻度: ①週に1回 ②月に1回 ③その他()		
問7 医療機関から受け取った領収書について 実費負担(保険外負担)はありましたか		
(1) はい→領収書、診療明細書のコピー添付にご協力ください (2) いいえ		
以上の通り、相違ありません。 また、健康保険組合にもとづく保険給付の支給決定を行うにあたり、サノフィ健康保険組合が必要に応じて関係機関(医療機関・装具業者等)に対して照会・依頼を行うことと、関係機関が回答・提出を行うことに同意いたします。		
年 月 日 被保険者(申請者)氏名		
(印)		