

# 装具作製確認書

トヨタ車体健康保険組合

あなた(またはご家族の方)が病院にかかり、医師の指示により作製された治療用装具について、給付金支払い決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

●下記(1)～(6)を全てご記入ください。(2)には押印もお願いいたします。(シャチハタ可)

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

●下記質問について、当てはまる番号を○で囲んでください。

## 問1. 装具を作成するために、サイズを測りましたか？

(1) 測った(オーダーメイド) ⇒ どなたが測りましたか？(医師 / 装具業者 / 看護師) ⇒ 問2へ

(2) 測っていない(既製品装具を購入) ⇒ 問3へ

## 問2. サイズを測った方(オーダーメイド)・・・どのような方法で測りましたか？

(1) 患部やその周囲にギプスを巻き石膏で型をとったり、足形版を踏み込んだり、「型」をとるような方法

(2) 患部やその周囲の寸法を、メジャーで細かく測るような方法 ⇒ 問3へ

## 問3. 作製した装具は、医師の指示により作製・購入したものですか？

(1) はい

(2) いいえ ※医師の指示でない場合、治療用であると認められず申請を受理できない場合があります

(3) その他 ( )

\* 質問は以上です、ご協力いただきありがとうございました \*