

治療用装具製作指示装着証明書、製作記録に関するご提案

4/3 更新版

資料内に使用されている画像はすべてイメージのため実物とは異なります。
何卒、ご了承のほどお願いいたします。

ケイ・タス株式会社

内容

| | |
|---------------------------|---|
| 受注エントリ | 2 |
| 治療用装具製作指示装着証明書 | 3 |
| 印刷設定画面 | 3 |
| 治療用装具製作指示装着証明書 入力画面 | 4 |
| 印刷イメージ | 5 |
| 製作記録 | 6 |
| 印刷設定画面 | 6 |
| 製作指示 入力画面 | 7 |
| 印刷イメージ | 8 |

受注エントリー

病院受注エントリー
端末 123
資料箱
変更

見積情報を入力します。

メインメニューへ
見積一覧へ
見積を保存
別ゲーとして保存
新規に作成
削除する
ウィザード
部品検索
印刷

受注日 令和05/03/24 本社 No. 123 7 領収書 再入力 課税区分 非課税 一般受注に切替

受付者 管理者

宛先情報

患者名 ケイタス 太郎 123 4 照会 新規

病院名 ケイタス 整形外科病院 新規

**身障・労災
事故・生保** ケイタス身障労災事故生保

商品情報

商品名 資料用商品 商品を挿入 セット 1

件名 アンクルアジャスト・SP 数量 1

既製/オーダー 既製品

メーカー名 アルケア株式会社 製品名 アンクルアジャスト・SP

病名・保険情報

保険 国保 入院・外来 入院

病名 片麻痺

サイズ saizu

左右 左 交付券 券待

承認日 令和5/03/17

保護者 保護者

請求情報

見積確定日 確定 令和5/04/09

公費請求日 令和5/04/10

入金情報

入金管理 未入金

入金額 0

(入金メモ) 入金エントリー

ファイル添付

| ファイル名 | 説明 |
|-------|----|
| | |

| 品目 | 名称 |
|-----------------|----|
| 1 | アン |
| 小計 7.150 | |

受注エントリーから反映可能な項目を
治療用装具製作指示装着証明書、製作記録へ反映します。

ご導入いただいている機能によって受注エントリーから反映可能な項目が異なります。受注エントリーへ項目の追加が必要な場合、お手数ですが該当項目についてお問合せ下さい。

治療用装具製作指示装着証明書

印刷設定画面

印刷

帳票の印刷を行います
宛先を選択してください。

見種・請求・納品日付を印字します。 閉じる

患者：ケイタス 太郎 様 日付 令和 / /

郵便番号 761-0301

住所1 香川県高松市林町2217-15

住所2 かがわ産業頭脳化センター302

請求額 7,579

印刷オプションを設定してください。

控えを印字する 振込先を印字する

金額欄を「請求額 - (A)」とする 請求額を自己負担金とする

(A) 自己負担金 公費負担金とする

公費負担金 市町村負担金とする

市町村負担金

担当義肢装具士

表示 非表示 手書き

患者情報を印字します。

患者名 ケイタス 太郎

住所1 香川県高松市林町2217-15

住所2 かがわ産業頭脳化センター302

電話 087-813-5222 生年月日 昭和60/12/12 生年月日・電話番号の印字

備考

請求関係

- 見積書
- 請求書
- 納品書
- 領収書(横)
- オリジナル領収書

その他

- 意見書
- 証明書
- 治療用装具製作指示装着証明**
- 製作記録

労災帳票

- 労災帳票

治療用装具製作指示装着証明書

患者住所 香川県高松市林町2217-15
かがわ産業頭脳化センター302

患者氏名 ケイタス 太郎

生年月日 昭和63/10/10 入院/外来 外来

疾病名及び症状等

病名 片麻痺

症状等 片麻痺による尖足及び拘縮の予防

既製/オーダー 新規/修理

上記の疾病により 既製品 新規

件名 アンクルアジャスト・SP アルケア株式会社 アンクルアジャスト・SP

基本仕様 チェック用器具が足部を含む場合

改行はctrl+enter

の装着を

令和05/04/10 診察のうえ、治療進行上の必要を認め
ケイタス義肢装具士 へ 製作 を指示し、
令和05/04/11 に患者へ装着確認をしました。

令和05/04/12

改行はctrl+enter

印字する

医療機関所在地 東京都港区三田2-19-26 ビアノ・ピアノ101

医療機関名 ケイタス整形外科病院

医療機関電話番号 03-6453-7893

医師氏名 ケイタス担当医

印刷

手書き用

閉じる

印刷設定画面「証明書」を「治療用装具製作指示装着証明書」へ差し替えます。
入力画面を表示し、受注エントリから内容を反映。入力画面にて編集が必要な項目の編集を行い、印刷を行います。(次ページ)

治療用装具製作指示装着証明書

| | | | |
|----------|------------------------------------|-------|------------|
| 患者住所 | 香川県高松市林町2217-15 | | |
| | かがわ産業頭脳化センター302 | | |
| 患者氏名 | ケイタス 太郎 | | |
| 生年月日 | 昭和63/10/10 | ▼ | 入院/外来 外来 ▼ |
| 疾病名及び症状等 | | | |
| 病名 | 片麻痺 | | |
| 症状等 | 片麻痺による尖足及び拘縮の予防 | | |
| | 既製/オーダー | 新規/修理 | |
| 上記の疾病により | 既製品 ▼ | 新規 ▼ | |
| 件名 | アンクルアジャスト・SP アルケア株式会社 アンクルアジャスト・SP | | |
| 基本価格 | チェック用装具が足部を含む場合 | | |

改行はctrl+enter

の装着を

| | | |
|------------|---|---------------------|
| 令和05/04/10 | ▼ | 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め |
| ケイタス義肢装具士 | ▼ | へ 製作 ▼ を指示し、 |
| 令和05/04/11 | ▼ | に患者へ装着確認をしました。 |
| 令和05/04/12 | ▼ | |

改行はctrl+enter

印字する

| | | |
|-------------------------------------|----------|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 医療機関所在地 | 東京都港区三田2-19-26 ピアノ・ピアノ101 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 医療機関名 | ケイタス整形外科病院 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 医療機関電話番号 | 03-6453-7893 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 医師氏名 | ケイタス担当医 |

閉じる

印刷

手書き用

受注エントリから反映可能な項目については内容を反映。

ご導入いただいている機能によって受注エントリから反映可能な項目は異なります。(既製/オーダー項目、医師名など)

反映内容、対象の変更が必要な場合お知らせください。

青枠：受注エントリから内容を反映します。

赤枠：入力画面内にて編集を行います。

また、医療機関情報について受注エントリ「病院名」から反映を行います。印字を行うかどうかチェック項目による判断を行います。

治療用装具製作指示装着証明書

香川県高松市林町2217-15
住 所 かがわ産業頭脳化センター302

氏 名 ケイタス 太郎

生年月日 大正 昭和 平成・令和 63 年 10 月 10 日

(入院 外来)

疾病名及び症状等

疾病名 片麻痺 症状等 片麻痺による尖足及び拘縮の予防

上記の疾病により (オーダーメイド) 既製品装具 (新規・修理)

件名

基本価格 テック用装具が足部を含む場合

の装着を

令和 5 年 4 月 10 日 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め

ケイタス義肢装具士 (義肢装具士の氏名) へ 製作 購入・修理) を指示し、

令和 5 年 4 月 11 日 に患者へ装着確認をしました。

以上、証明いたします。

備 考

- ※1 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
- ※2 製作を指示した義肢装具士と、適合調整した義肢装具士が違えば、適合調整した義肢装具士の氏名を記載。
- ※3 患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和 5 年 4 月 12 日

医療機関所在地 東京都港区三田2-19-26 ピアノ・ピアノ101

医療機関名 ケイタス整形外科病院

医療機関電話番号 03-6453-7893

医師氏名 ケイタス担当医

製作記録

印刷設定画面

印刷

帳票の印刷を行います
宛先を選択してください。 見様・請求・納品日付を印字します。 閉じる

患者: ケイタス 太郎 様 日付 令和 / /

郵便番号 761-0301
住所 1 香川県高松市林町2217-15
住所 2 かがわ産業頭脳化センター302
請求額 7,579

印刷オプションを設定してください。

控えを印字する 振込先を印字する
 金額欄を「請求額 - (A)」とする 請求額を自己負担金とする
(A) 自己負担金 公費負担金とする
 公費負担金 市町村負担金とする
 市町村負担金

担当義肢装具士
 表示 非表示 手書き

患者情報を印字します。

患者名 ケイタス 太郎
住所 1 香川県高松市林町2217-15
住所 2 かがわ産業頭脳化センター302
電話 087-813-5222 生年
備考

請求関係
見積書
請求書
納品書
領収書(横)
オリジナル領収書

その他
意見書
証明書
治療用装具製作指示装着証明
製作記録
労災帳票
労災帳票(殻構造)
労災帳票(骨格構造)
労災帳票(装具)

印刷設定画面「製作記録」を追加します。
入力画面を表示し、受注エントリから内容を反映。
入力画面にて編集が必要な項目の編集を行い、印刷を行います。(次ページ)

製作記録 保存

作成日 / /

患者氏名 ケイタス 太郎 性別 男
患者住所 香川県高松市林町2217-15 入院・外来 入院
かがわ産業頭脳化センター302 保険者氏名 保護者
電話番号 111-111-1111 続柄
生年月日 昭和63/10/10 34 歳
保険 国保

病名 片麻痺
既製/オーダー 既製品
件名 アンクルアジャスト・SP アルケア株式会社 アンクルアジャスト・SP
医師の処方日 区分 採寸・採型日 領収日 領収額 7,579

治療用装具が必要であると医師が認めた年月日: / /
製作又は購入もしくは修理等の指示内容
改行はCtrl+enter

治療用装具の装着年月日年月日: / /

保険医療機関の名称・所在地、保険医の氏名
印字する
 名称 ケイタス整形外科病院
 所在地 東京都港区三田2-19-26 ピアノ・ピアノ101
 保険医氏名 ケイタス担当医

担当義肢装具士
製作指示 ケイタス義肢装具士
適合調整 ケイタス義肢装具士

製作した治療用装具の製作経過、修理における対応経過等
改行はCtrl+enter

閉じる 手書き用 印刷

製作指示 入力画面

製作記録
保存

| | |
|------|------------------------------------|
| 患者氏名 | ケイタス 太郎 |
| 患者住所 | 香川県高松市林町2217-15 かがわ産業頭脳化センター302 |
| 電話番号 | 111-111-1111 |
| 生年月日 | 昭和63/10/10 34 歳 |
| 保険 | 国保 |

| | |
|-------|-------------|
| 作成日 | ___/___/___ |
| 性別 | 男 |
| 入院・外来 | 入院 |
| 保険者氏名 | 保護者 |
| 続柄 | |

| | | | | |
|---------|------------------------------------|--------|-----|-------|
| 病名 | 片麻痺 | | | |
| 既製/オーダー | 既製品 | | | |
| 件名 | アンクルアジャスト・SP アルケア株式会社 アンクルアジャスト・SP | | | |
| 医師の処方日 | 区分 | 採寸・採型日 | 領収日 | 領収額 |
| / / | | / / | / / | 7,579 |

治療用装具が必要であると医師が認めた年月日： ___/___/___

製作又は購入もしくは修理等の指示内容

改行はctrl+enter

治療用装具の装着年月日年月日： ___/___/___

保険医療機関の名称・所在地、保険医の氏名
印字する

| | | |
|-------------------------------------|-------|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 名称 | ケイタス整形外科病院 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 所在地 | 東京都港区三田2-19-26 ピアノ・ピアノ101 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 保険医氏名 | ケイタス担当医 |

担当義肢装具士

| | |
|------|-----------|
| 製作指示 | ケイタス義肢装具士 |
| 適合調整 | ケイタス義肢装具士 |

製作した治療用装具の製作経過、修理における対応経過等

改行はctrl+enter

閉じる
手書き用
印刷

受注エントリから反映可能な項目については内容を反映。
 ご導入いただいている機能によって受注エントリから反映可能な項目は異なります。(既製/オーダー項目、医師名など)
 反映内容、対象の変更が必要な場合お知らせください。

青枠：受注エントリから内容を反映します。
 赤枠：入力画面内にて編集を行います。

また、医療機関情報について受注エントリ「病院名」から反映を行います。印字を行うかどうかチェック項目による判断を行います。

編集内容について「保存」ボタンより保存を行います。

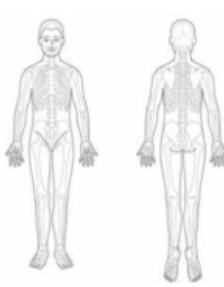
(様式参考例) 治療用器具用

製作記録

| | | | | | |
|------|--------|------------------------------------|----|----------|------------|
| 患者情報 | (フリガナ) | ケイタス 知ウ | | 作成日 | 年 月 日 |
| | 患者氏名 | ケイタス 太郎 | | (性別) | 男 ・ 女 |
| | 住所 | 香川県高松市林町2217-15 かがわ産業頭脳化センター302 | | (入院・外来) | 入院 ・ 外来 |
| | 電話番号 | 111-111-1111 | | (被保険者氏名) | 保護者 |
| | 生年月日 | 昭和63年 10月 10日 | 年齢 | 34 | (被保険者との続柄) |
| | 保険種別 | 国保 | | | |

※ 保険種別には、①健康保険(国・都・道)、②船員保険、③国民健康保険(国)、④共済組合、⑤後期高齢者医療、
⑥その他(※任意加入の保険等)の確認情報を記載する。

| | | | | |
|------------|-------|--|-------|------------|
| 疾病名 | | 治療用器具名 | | |
| 片麻痺 | | オーダーメイド ・ 調整品 アンクルアジャスト・SP アルケア株式会社 アンクルアジャスト・SP | | |
| 医師の処方日(指示) | 区分 | 採寸・採型日 | 領収日 | 領収額(器具の価格) |
| 年 月 日 | 採寸・採型 | 年 月 日 | 年 月 日 | 7,579 円 |

| | | |
|---|---|--|
| 治療用器具の製作指示その他 | 治療用器具が必要であると医師が認めた年月日: 年 月 日 | 装着部位(図解) 製作・修理にかかる所見、医師の指示詳細 |
| | 製作又は購入もしくは修理等の指示内容 (器具名): アンクルアジャスト・SP アルケア株式会社 社 アンクルアジャスト・SP |  |
| | 治療用器具の装着年月日: 年 月 日 | |
| | 保険医療機関の名称・所在地、保険医の氏名: 名称 ケイタス整形外科病院 所在地 東京都港区三田2-19-26 ピアノ・ピアノ101 | |
| | 保険医氏名 ケイタス担当医 | |
| 担当義肢装具士氏名(製作指示): ケイタス義肢装具士 担当義肢装具士氏名(適合調整): ケイタス義肢装具士 | | |
| 製作した治療用器具の製作経過、修理における対応経過等 (製作・修理した治療用器具の詳細・装着日及び装着時の調整事項、仕入額・積算内訳等) | | |

※この製作記録は、「治療用器具の製作指示その他」欄の治療用器具の装着年月日から5年間保管すること