

## 車椅子処方箋

氏名		生年月日	年 月 日
住所		電話番号	
使用場所	<input type="checkbox"/> 屋内(家庭・職場・学校・施設) <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外兼用		

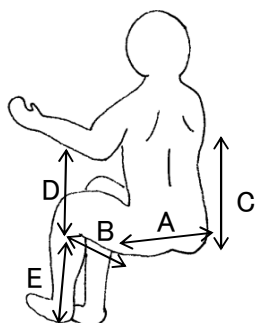
種 目	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手押し型(A・B) <input type="checkbox"/> リクライニング式(普通型・手押し型) <input type="checkbox"/> ティルト式(普通型・手押し型) <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式(普通型・手押し型) <input type="checkbox"/> その他( )	
	身 体 機 能	座位能力(端座位) <input type="checkbox"/> 手の支持なしで座れる <input type="checkbox"/> 手の支持で座れる <input type="checkbox"/> 座位不能(体幹の支持を要する)
		移乗能力 <input type="checkbox"/> 自立(立位移乗・横移乗・正面移乗) <input type="checkbox"/> 介助(立位移乗・座位移乗・抱え上げ・リフト)
		駆動能力 <input type="checkbox"/> 駆動不能 <input type="checkbox"/> 屋内のみ駆動可能 <input type="checkbox"/> 屋内外の駆動可能
		駆動方法 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 両上肢 <input type="checkbox"/> 片手片足(右・左) <input type="checkbox"/> 両下肢 <input type="checkbox"/> 一側上肢(右・左)
自動車への積載 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自立(独力・車いす積載装置) <input type="checkbox"/> 介助(人的介助・スロープ・リフト)		
製 作 区 分	区 <input type="checkbox"/> レディメイド            基本となる製品名( )	
	分 <input type="checkbox"/> オーダー	
	フレーム <input type="checkbox"/> 折りたたみ <input type="checkbox"/> 固定式	
	材質 <input type="checkbox"/> アルミ <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> チタン	
車 い す の 付 属 品	バックサポート <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> ヘッドサポート(マルチ) <input type="checkbox"/> 枕(オーダー・レディ) <input type="checkbox"/> 背座間角度調整	
	アームサポート <input type="checkbox"/> 標準型 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> デスク型 <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 高さ角度調整式 <input type="checkbox"/> 拡幅 <input type="checkbox"/> 延長	
	シート <input type="checkbox"/> 座張り調整 <input type="checkbox"/> 座奥行き調整	
	レッグサポート <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拳上式 <input type="checkbox"/> 開閉拳上式 <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式	
	フットサポート <input type="checkbox"/> 標準(プラスチック・パイプ・ベルト) <input type="checkbox"/> 調整式(前後・角度・左右)	
	ブレーキ <input type="checkbox"/> タックル <input type="checkbox"/> キャリパー <input type="checkbox"/> フット(独立・連動) <input type="checkbox"/> 延長(左・右)	
	ハンドリム <input type="checkbox"/> 標準(ステン・アルミ・波型) <input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> ノブ付(水平・垂直)	
	タイヤ・キャスター <input type="checkbox"/> ノーパンク <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター <input type="checkbox"/> 6輪構造	
	クッション <input type="checkbox"/> 単層(パッド類) <input type="checkbox"/> ウレタン <input type="checkbox"/> ゲルとウレタン <input type="checkbox"/> 特殊形状 <input type="checkbox"/> バルブ調整 <input type="checkbox"/> フローテーション(標準・三重) <input type="checkbox"/> 空気室構造            厚さ( cm)	
	※座面以外でクッション類を使用する場合(部位: ) <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> 座板 <input type="checkbox"/> 防水カバー	
ベルト <input type="checkbox"/> ベルクロ <input type="checkbox"/> バックル <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 下肢(股・大腿・下腿・足・踵)		
<input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(標準・キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 搭載台(人工呼吸器・吸引器・会話補助装置) <input type="checkbox"/> 杖たて <input type="checkbox"/> 成長対応型部品 <input type="checkbox"/> 取付用ガードル架(栄養・点滴) <input type="checkbox"/> 日よけ(雨よけ) <input type="checkbox"/> 車載時固定フック <input type="checkbox"/> ガスダンパー(リクライニング・ティルト) <input type="checkbox"/> 幅止め <input type="checkbox"/> 高さ調整手押しハンドル <input type="checkbox"/> リフレクタ(夜光材・反射材)		
【座位保持装置の部品または特例付属品を使用する場合の名称】		

オーダーメイドが必要な理由(理由が分かる資料もしくは写真等でも可)

- 身体状況(【理由】の欄に具体的内容を記載して下さい)
  - 環境因子(【理由】の欄に具体的内容を記載して下さい)
  - 身体寸法(【身体寸法】の欄にオーダーメイドの根拠となる部分の寸法を記載して下さい)
  - 特別な構造(【特別な機構】の欄に内容を図示して下さい)
  - その他( )
- 注) チェックを行った項目のみ以下に内容もしくは数値を記載して下さい

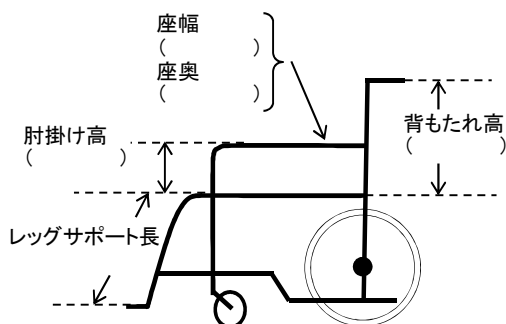
【理由】

【身体寸法】

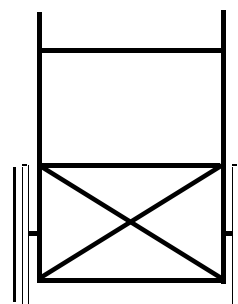
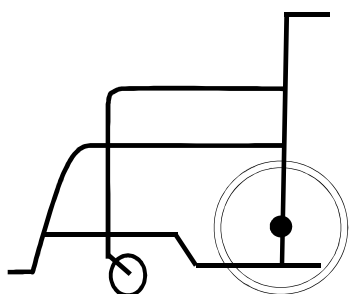


身長:	cm
体重:	kg
A(座位臀幅):	cm
B(座底長):	cm
C(座位肩甲骨下角高):	cm
D(座位肘頭高):	cm

【現在使用中の車いす寸法】



【特別な機構】



耐用年数内の再交付

【理由】

特記事項、使用者の希望事項など

種目名称別コード

処方

年 月 日

適合判定

年 月 日