

姿勢保持装置(構造フレームに電動車椅子【簡易形】を使用する場合) 処方内容

※該当する項目は全て、レ印または○をつけて下さい。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○をつけて下さい。

本体価格	<input type="checkbox"/> 切替式	<input type="checkbox"/> モジュラー式(※基本)	<input type="checkbox"/> レディメイド					
	<input type="checkbox"/> アシスト式	<input type="checkbox"/> オーダーメイド(理由: _____)						
構造部品	<input type="checkbox"/> リクライニング機構			<input type="checkbox"/> ティルト機構	<input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構	<input type="checkbox"/> その他(_____)		
	バッテリー		<input type="checkbox"/> 標準(リチウムイオンバッテリー)	<input type="checkbox"/> ニッケル水素バッテリー				
	基本構造		<input type="checkbox"/> 標準(後方大車輪)	<input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> 幅止め			
	シート		<input type="checkbox"/> 標準(スリング式)	<input type="checkbox"/> 張り調整式	<input type="checkbox"/> 板張り式	<input type="checkbox"/> 奥行調整		
	バックサポート		<input type="checkbox"/> 標準(スリング式)	<input type="checkbox"/> ワイドフレーム	<input type="checkbox"/> バックサポート延長(頭頸部まで)			
			<input type="checkbox"/> 張り調整式	<input type="checkbox"/> 高さ調整	<input type="checkbox"/> 背座角度調整	<input type="checkbox"/> 背折れ機構		
	フット・レッグサポート		<input type="checkbox"/> 標準(固定式)	<input type="checkbox"/> 挙上式	<input type="checkbox"/> 着脱式	<input type="checkbox"/> 開閉着脱式	<input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式	
			<input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り					
	フットサポート		<input type="checkbox"/> 標準(セパレート式)	<input type="checkbox"/> 二重折込式(セパレート式)	<input type="checkbox"/> 中折式	<input type="checkbox"/> 前後調整	<input type="checkbox"/> 角度調整	<input type="checkbox"/> 左右調整
	アームサポート	フレーム一体型	<input type="checkbox"/> 固定式	<input type="checkbox"/> 跳ね上げ式	<input type="checkbox"/> 着脱式	<input type="checkbox"/> 高さ調整	<input type="checkbox"/> 角度調整	
		独立型	<input type="checkbox"/> 固定式	<input type="checkbox"/> 跳ね上げ式	<input type="checkbox"/> 着脱式	<input type="checkbox"/> 幅広(左・右)	<input type="checkbox"/> 延長(左・右)	
	ブレーキ		<input type="checkbox"/> 標準(駐車ブレーキ)					
	駆動輪・主輪		<input type="checkbox"/> 標準(固定式)	<input type="checkbox"/> 着脱式	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整	<input type="checkbox"/> その他(_____)		
	タイヤ・キャスト		<input type="checkbox"/> 標準(エア)	<input type="checkbox"/> ノーパンク	<input type="checkbox"/> 標準(ソリッド)	<input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ		
	その他		<input type="checkbox"/> 操作レバー ばね圧変更 <input type="checkbox"/> スイッチ延長 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
※標準操作ボックス、標準レバー(感度調整式ジョイスティック)、標準スイッチ、電動又は電磁式ブレーキは標準仕様です。								
加算要素価格	電動車椅子付属品		<input type="checkbox"/> パワーステアリング	<input type="checkbox"/> クライマーセット	<input type="checkbox"/> 手動スイングアーム	<input type="checkbox"/> 簡易1入カ		
			<input type="checkbox"/> チンコントロール式(電動・手動)	<input type="checkbox"/> 多様入力コントローラ(_____)				
			<input type="checkbox"/> ジョイスティックノブ(小ノブ・球ノブ・こけしノブ・リノブ・十字ノブ・ペンノブ・太長ノブ・T字ノブ・極小ノブ)					
	クッション(カバー付き)		<input type="checkbox"/> 平面形状型	<input type="checkbox"/> ゲル素材	<input type="checkbox"/> 多層構造	<input type="checkbox"/> 立体編物	<input type="checkbox"/> 滑り止め	<input type="checkbox"/> 防水
			<input type="checkbox"/> モールド型	<input type="checkbox"/> 完成用部品(部品名: _____) ※完成用部品が必要な理由を記載して下さい。				
	座板		<input type="checkbox"/> 座板	<input type="checkbox"/> クッション一体型	背クッション	<input type="checkbox"/> 背クッション	<input type="checkbox"/> 滑り止め	
	ヘッドサポート		<input type="checkbox"/> 着脱式(枕含む)	<input type="checkbox"/> マルチタイプ(枕含む)	<input type="checkbox"/> 枕のオーダー加算(※着脱式又はマルチタイプのみ)			
			<input type="checkbox"/> 枕(オーダーメイド)	<input type="checkbox"/> 枕(レディメイド)				
	フットサポート		<input type="checkbox"/> ヒールループ	<input type="checkbox"/> アンクルストラップ	<input type="checkbox"/> ステップカバー			
	テーブル		<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品					
			<input type="checkbox"/> カットアウトテーブル	<input type="checkbox"/> テーブル取付部品	<input type="checkbox"/> 表面クッション張り	<input type="checkbox"/> 内張り		
	転倒防止装置		<input type="checkbox"/> パイプ <input type="checkbox"/> キャスタ付き <input type="checkbox"/> キャスタ付き(折りたたみ構造)					
	搭載台		<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台					
	その他		採寸 ●身体寸法(測定寸法)(※必ず記入して下さい)					
			<input type="checkbox"/> 車載固定部品(_____ 個) <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ) <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ(_____ 個) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> ブレーキ延長レバー <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム <input type="checkbox"/> その他(_____)					
								
		●オーダーメイドを希望する場合は車椅子寸法も記入して下さい。						
		シート	前座高 cm	後座高 cm	アームサポート高 cm			
			奥行 cm	幅 cm	バックサポート高 cm			
上記のとおり意見する。 _____ 年 _____ 月 _____ 日								
医療機関名			その他特記事項等					
診療科目名			適合確認(_____ 年 _____ 月 _____ 日)					
医師氏名			確認者					
意見書作成医の資格 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> その他(_____)			職氏名					