

車椅子 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○を付けて下さい。

基本価格	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 頭頸部 (※ヘッドサポートが必要な場合に限る)				
本体価格	<input type="checkbox"/> 自走用		<input type="checkbox"/> モジュラー式 (※基本) <input type="checkbox"/> レディメイド		
	<input type="checkbox"/> 介助用 (<input type="checkbox"/> バギー型の場合は☑)		<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"/> リフト機構				
	基本構造	<input type="checkbox"/> 標準(後方大車輪)	<input type="checkbox"/> 前方大車輪	<input type="checkbox"/> 6輪構造 <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"/> 張り調整式	<input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> 背座角度調整	<input type="checkbox"/> バックサポート延長 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <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"/> ニ重折込式(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)		<input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ	
	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"/> キャンバー角度変更(_____ 度)	
タイヤ	<input type="checkbox"/> エア <input type="checkbox"/> ノーパンク		<input type="checkbox"/> キャスタ	<input type="checkbox"/> ソリッド <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ	
ハンドリム	<input type="checkbox"/> 標準(プラスチック) <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> アルミ		<input type="checkbox"/> ピッチ30mm超え(左・右) <input type="checkbox"/> 片手駆動		
加算要素価格	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	<input type="checkbox"/> 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"/> 枕のオーダー製作(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	<input type="checkbox"/> 車載固定部品(_____ 個) <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(_____ 個)		
	<input type="checkbox"/> 点滴ポール		<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム	<input type="checkbox"/> ノブ付きハンドリム <input type="checkbox"/> 垂直ノブ付きハンドリム	
姿勢保持部品	<input type="checkbox"/> 体幹パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 腰部パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 骨盤パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 殿部パッド				
	<input type="checkbox"/> 内転防止パッド		<input type="checkbox"/> 下腿保持パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 足部保持パッド(左・右)		
	<input type="checkbox"/> その他(_____)				
ベルト	<input type="checkbox"/> 肩ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 腕ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 手首ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 骨盤ベルト				
	<input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> 大腿ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 膝ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 下腿ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 足首ベルト(左・右)				
上記のとおり意見する。 年 月 日		その他特記事項等			
医療機関名		適合確認(_____ 年 月 日)			
診療科目名		確認者			
医師氏名		職氏名			
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(_____)					