

簡易形 電動車椅子 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		☐ 標準(上肢・体幹・骨盤大腿・下肢・足部) ☐ 頭頸部(※ヘッドサポートベースが必要な場合に限り)									
本体価格		☐ 切替式 ☐ モジュラー式(※基本) ☐ レディメイド ☐ オーダーメイド(理由:)									
		☐ アシスト式(□着脱式) ()									
加算要素価格	機構	☐ リクライニング機構 ☐ ティルト機構 ☐ ティルト・リクライニング機構 ☐ その他()									
	構造部品	バッテリー		☐ 標準(リチウムイオンバッテリー) ☐ ニッケル水素バッテリー							
		基本構造		☐ 標準(後方大車輪) ☐ その他()						☐ 幅止め	
		シート		☐ 標準(スリング式) ☐ 張り調整式		☐ 板張り式		☐ 奥行調整			
		バックサポート		☐ 標準(スリング式) ☐ 張り調整式		☐ ワイドフレーム ☐ 高さ調整		☐ バックサポート延長(頭頸部まで) ☐ 背座角度調整 ☐ 背折れ機構			
				☐ 標準(固定式) ☐ 挙上式 ☐ 着脱式 ☐ 開閉着脱式 ☐ 挙上・開閉着脱式		☐ レッグベルト全面張り					
		フット・レッグサポート		☐ レッグベルト全面張り							
		フットサポート		☐ 標準(セパレート式) ☐ 二重折込式(セパレート式) ☐ 中折式		☐ 前後調整 ☐ 角度調整 ☐ 左右調整					
		アームサポート	フレーム一体型	☐ 固定式 ☐ 跳ね上げ式 ☐ 着脱式				☐ 高さ調整 ☐ 角度調整			
			独立型	☐ 固定式 ☐ 跳ね上げ式 ☐ 着脱式				☐ 幅広(左・右) ☐ 延長(左・右)			
		ブレーキ		☐ 標準(駐車ブレーキ)							
		駆動輪・主輪		☐ 標準(固定式) ☐ 着脱式		☐ 車軸位置調整 ☐ その他()					
		タイヤ・キャスタ		☐ 標準(エア) ☐ ノーパンク		☐ 標準(ソリッド) ☐ 衝撃吸収タイプ					
		その他		☐ 操作レバー ばね圧変更 ☐ スイッチ延長 ☐ 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。										
	付属品	電動車椅子付属品		☐ パワーステアリング ☐ クライマーセット ☐ 手動スイングアーム ☐ 簡易1入力 ☐ チンコントロール式(電動・手動) ☐ 多様入力コントローラ() ☐ ジョイスティックノブ(小ノブ・球ノブ・こけしノブ・U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)		☐ 平面形状型 ☐ モールド型		☐ ゲル素材 ☐ 多層構造 ☐ 立体編物 ☐ 滑り止め ☐ 防水 ☐ 市販品(品名:) ☐ 市販品が必要な場合は、理由を記載し構造、価格等が明記されたカタログを添付してください。 []					
				☐ 背クッション ☐ 滑り止め		☐ 市販品(品名:) ☐ 市販品が必要な場合は、理由を記載し構造、価格等が明記されたカタログを添付してください。 []					
		座板		☐ 座板 ☐ クッション一体型							
		ヘッドサポート		☐ 着脱式(枕含む) ☐ マルチタイプ(枕含む)		☐ 枕のオーダー加算(着脱式又はマルチタイプのみ)					
☐ 枕(オーダーメイド) ☐ 枕(レディメイド)											
フットサポート		☐ ヒールループ ☐ アングルストラップ		☐ ステップカバー							
テーブル		☐ テーブル ☐ テーブル取付部品									
		☐ カットアウトテーブル ☐ テーブル取付部品		☐ 表面クッション張り ☐ 内張り							
転倒防止装置		☐ パイプ ☐ キャスタ付き ☐ キャスタ付き(折りたたみ構造)									
搭載台		☐ 呼吸器搭載台 ☐ 痰吸引機搭載台 ☐ 携帯用会話補助装置搭載台									
その他		☐ 車載固定部品(個) ☐ 栄養パック取付用ガードル架 ☐ リフレクタ(個) ☐ 滑り止めハンドリム		☐ 杖たて(一本杖・多脚つえ) ☐ 酸素ボンベ固定装置 ☐ 日よけ ☐ 雨よけ ☐ 泥よけ ☐ スポークカバー ☐ 高さ調整式手押しハンドル ☐ ブレーキ延長レバー ☐ 点滴ポール ☐ その他()							
		姿勢保持部品		☐ 体幹パッド(左・右) ☐ 骨盤パッド(左・右) ☐ 内転防止パッド ☐ 足部保持パッド(左・右)							
				☐ その他 ()							
		トベル	☐ 肩ベルト(左・右) ☐ 腕ベルト(左・右) ☐ 手首ベルト(左・右) ☐ 胸ベルト ☐ 骨盤ベルト ☐ 股ベルト ☐ 大腿ベルト(左・右) ☐ 膝ベルト(左・右) ☐ 下腿ベルト(左・右) ☐ 足首ベルト(左・右)								
上記のとおり意見する。 年 月 日					適合確認 年 月 日						
医療機関名					確認者						
診療科目名											
医師氏名											
意見書作成医の資格 ☐ 身体障害者福祉法15条第1項に基づく指定医 ☐ その他()					職氏名						