

製作方式	<input type="checkbox"/> レディメイド方式		<input type="checkbox"/> オーダーメイド方式	
氏名	男・女	生年月日	年 月 日生（ 歳）	
住所				
疾患名			発症日	年 月 日
障害名			障害手帳	種 級
障害の状況	（病歴、全身所見、合併症、筋力、ADL等）			
来所困難な医学的理由	握力：右 Kg/左 Kg			
日常生活活動の様子（不足分はその他の欄にご記入ください。）				
座位保持の様子	背もたれ不要	要背もたれ	要シートベルト	不可能
普通型車椅子の座位耐久時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以下
立位保持の様子	自立	要手すり	介助	不可能
乗り移り	自立	要手すり	一部介助	全介助
歩行（装具：有・無）	屋外歩行可能（ m）		屋内歩行可能（ m）	不可能
車椅子操作方法	両手	両足	片手片足	その他（ ）
車椅子操作（屋内）	可能（ m）		要監視	不可能
車椅子操作（屋外）	可能（ m）		要監視	不可能
知的障害（認知症など）	無		疑い	有
感覚障害（腰背部、臀部など）	障害なし	軽度	重度	脱失
褥瘡	無・有	既往あり	発赤（無・有）	部位（ ）
座りなおし	可能		不可能	
起立性低血圧	無		有	
身体寸法（測定寸法を必ず記入してください。）				
身長（ cm）				
座高（ cm）				
体重（ kg）				
車椅子の名称（型式） ※選定理由欄が不足の場合は、別紙に記載してください。（別添の参考書式をご参照ください） （レディメイド・オーダーメイド）方式の _____ 型車椅子 [選定理由]				
必要な装備品等 ※品目ごとに必要理由を記載してください。別紙に記載でも可です。（別添の参考書式をご参照ください）				
車椅子の処方効果、主な使用目的				
その他				