様式３－４

電動車椅子簡易型でオーダーメイド方式を必要とする理由

オーダーメイド方式で作製する必要がある場合は、その理由の該当項目を○で囲み、内容を以下に記入してください。

１．身体寸法　２．身体状況　３．特別な構造等　４．環境要因　５．その他

１．身体寸法（レディメイドで適合しない部位、寸法を記入してください。）

２．身体状況　（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入してください。）

(1)感覚障害（下記に図示）:　なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚

(2)運動障害（下記に図示）:　弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他

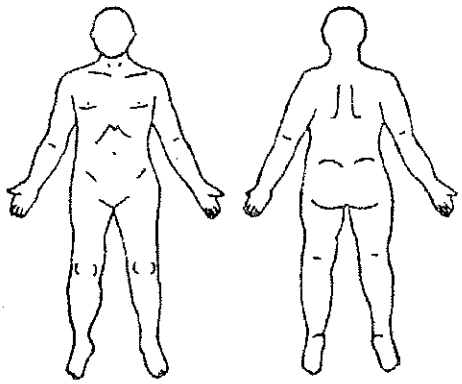
痙性の部位および程度（　　）

(3)四肢欠損等、形態異常：　なし・あり・（部位・程度　　）

(4)変形：　なし・脊柱・上肢・下肢・（部位・程度　　）

(5)関節可動域制限：なし・あり・（部位・角度　　）

参考図示



身長（　　cm）
座高（　　cm）
体重（　　kg）

変形　×　切離断　感覚障害　運動障害

３．特に必要とされる構造

４．環境要因

５．その他の理由

６．オーダーメイドによる処方効果

備考

令和　　年　　月　　日　　病院名

診療科

医師名　　印

身体障害者福祉法第１５条に定める指定医師が作成のこと。