

電動車椅子処方箋

氏名				生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 ()歳	性別	男・女						
住所						TEL								
医学的 所見	疾患名				身長 体重	cm / kg	職業 (具体的に)							
	障害名				移乗 能力	自立・半介助・介助								
主な使用 場所	屋内 屋外 屋内外			速度	1. 4.5 km/h 2. 6.0 km/h 3. その他 ()									
名 称	1. 普通型 5. 簡易型 (切り替え式・アシスト式) 2. リクライニング式 (車いす部分 : オーダーメイド・レディメイド) 3. 電動リクライニング式 6. 電動ティルト式 4. 電動リフト式 7. 電動リクライニング・ティルト式 8. その他 ()				バ ッ テ リ ー	1. 内蔵式 通常・シールド 2. 外付け式(取り外し型) マイコン内蔵型ニッケル電池 マイコン内蔵型ニッケル水素電池		充 電 器	内 臓 外 部					
	ジョイ 制 ス テ イ ッ ク	操 作 源	1. 上肢(右左) 2. 下肢(右左) 3. 頭頸部(チンマウス類) 4. 音声 5. その他 ()			シ ー ト	1. 標準 2. ソリッド式(座板) a) 着脱式 b) 折りたたみ式 3. 張り調整 4. 座奥行き調整							
バ ッ ク サ ポ ー ト (背もたれ)	1. 固定式 2. 延長バックサポート 3. 張り調整式 4. 高さ調整式 5. 背折れ機構 6. 背座間角度調整 7. ヘッドサポートベース(含む) 8. 枕(オーダーレディ)		ア ー ム サ ポ ー ト (肘あて)	1. 固定式 2. デスク型 3. 高さ角度調整式 4. 高さ調整式 5. 跳ね上げ式 6. 着脱式 7. 幅広(左・右・両) 8. 延長(左・右・両)			レ ン グ サ ポ ー ト	1. 固定式 2. 着脱式 3. 挙上式 4. 開閉挙上式 5. 開閉・着脱式 6. 伸縮式		フ ツ ト サ ポ ー ト	1. 調整なし 2. 前後調整(片・両) 3. 角度調整(片・両) 4. 左右調整(片・両) 5. 開閉・着脱式		ブ レ ー キ	1. レバー式 a) 平板 b) 丸棒 2. トグル式 3. その他 ()
	フ レ ー ム	材質: 鉄・ステンレス・軽合金 その他 ()		駆 動 輪	1. 径: 18・20・22・24インチ その他 () 2. 材質: 鉄・ステンレス・軽合金 その他 () 3. タイプ: 空気入り・ノーパンク			キ ャ ス タ ー ※ 脚見型の場合	1. 径: 5・6 7・8インチ 2. 形状: ソリッド PLI・ソフフォーミング 屋外用(エア式)		ハ ン ド リ ム	1. 材質: 鉄・ステンレス・軽合金・その他 () 2. 標準形状 3. ノブ付き: 4・6・8・10インチ、水平・垂直・握り 4. 滑り止め: ゴム・皮革・ビニールコーティング その他 () 5. その他: ()		
付 属 品 (オ プ シ ョ ン)	1. テーブル <input type="checkbox"/> 上肢の筋力低下により一般のテーブルでは食事をとることが難しい者 <input type="checkbox"/> 日常生活や職業上必要とする者													
	2. シートベルト <input type="checkbox"/> 腰ベルト <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> その他 ()													
3. クッション <input type="checkbox"/> クッション ()cm <input type="checkbox"/> 単一空気量調整 <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> クッションカバー <input type="checkbox"/> ホリエステル・ウレタン多層構造・立体編物構造 <input type="checkbox"/> ゲル・ウレタン多層構造 <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造 <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿骨部サポート) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め <input type="checkbox"/> フローテーションパッド ※ クッション選択に関する特記事項 ()														
5. キャリパーブレーキ 13. サイドガード 21. 栄養バック取り付け用ガードル架 29. 成長対応型部品 6. フットフレイキ 14. 転倒防止装置(先ゴム・キャスター) 22. 痰吸引器搭載台 その他 7. 電動又は電磁式ブレーキ 15. 屋外用キャスター 23. 幅止め 8. 泥よけ(右・左・両) 16. ステッキホルダー(1本・2本) 24. ガスダンパー 9. スポークカバー(右・左・両) 17. 点滴ポール 25. 前輪パワーステアリング 10. 車軸位置調整 18. 酸素ボンベ固定装置 26. 高さ調節式手押しハンドル 11. クライマーセット(段差乗り越え補助装置) 19. 人工呼吸器搭載台 27. 車載時固定用フック 12. フロントサブホイール(溝・駆輪予防装置) 20. 携帯用会話補助装置搭載台 28. 日よけ(雨よけ)														
特記事項、使用者の希望事項など記述すること														
処方	年 月 日			医師名	適 合 定	年 月 日			医師名					

※ 名称(型式)の選定理由及び装備品品目ごとの必要理由を別紙に記載してください。(様式は任意ですが、別添の参考書式をご参照ください。)