

姿勢保持装置（構造フレームに車椅子を使用する場合） 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。																												
本体価格	☐ 自走用				☐ モジュラー式（※基本） ☐ レディメイド																							
	☐ 介助用（ ☐ バギー型の場合は☑）				☐ オーダーメイド（理由：_____）																							
構造部品	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 ☐ リフト機構																										
	基本構造	基本構造	☐ 標準（後方大車輪）		☐ 前方大車輪		☐ 6輪構造		☐ 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）		☐ ワイドフレーム		☐ バックサポート延長		☐ 高さ調整																			
			☐ 張り調整式		☐ 背座角度調整		☐ 背折れ機構																					
		フット・レッグサポート	☐ 標準（固定式） ☐ 挙上式 ☐ 着脱式 ☐ 開閉着脱式				☐ レッグベルト全面張り																					
			☐ 挙上・開閉着脱式																									
		フットサポート	☐ 標準（セパレート式） ☐ ニ重折込式（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）		☐ キャリパーブレーキ		☐ フットブレーキ																					
	駆動輪・主輪	☐ 標準（固定式）		☐ 車軸位置調整		☐ キャンパー角度変更（_____度）																						
		☐ 着脱式		☐ 片手駆動		☐ レバー駆動																						
	タイヤ	☐ エア ☐ ノーパンク			☐ キャスタ		☐ ソリッド ☐ 衝撃吸収タイプ																					
	ハンドリム	☐ 標準（プラスチック） ☐ ステンレス ☐ アルミ		☐ ピッチ30mm超え（左・右）		☐ 片手駆動																						
付属品	クッション（カバー付き）	☐ 平面形状型	☐ ゲル素材 ☐ 多層構造・立体編物 ☐ 滑り止め ☐ 防水加工																									
		☐ モールド型	☐ 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	☐ 背クッション	☐ 市販品（品名：_____）																									
		☐ 滑り止め	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）			☐ 枕のオーダー製作加算（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 ☐ アンクルストラップ ☐ ステップカバー																										
	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）																										
	テーブル	☐ テーブル ☐ テーブル取付部品		採寸		●身体寸法（測定寸法） （※必ず記入して下さい）																						
搭載台	☐ 呼吸器 ☐ 痰吸引機																											
その他	☐ 車載固定部品（_____個） ☐ 点滴ポール		●オーダーメイドを希望する場合は車椅子寸法も記入して下さい <table border="1"> <tr> <td>前座高</td> <td>cm</td> <td>後座高</td> <td>cm</td> <td>アームサポート高</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>シート</td> <td>奥行</td> <td>cm</td> <td>幅</td> <td>cm</td> <td>バックサポート高</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ハンドリムピッチ</td> <td>cm</td> </tr> </table>						前座高	cm	後座高	cm	アームサポート高	cm	シート	奥行	cm	幅	cm	バックサポート高	cm						ハンドリムピッチ	cm
	前座高	cm							後座高	cm	アームサポート高	cm																
	シート	奥行							cm	幅	cm	バックサポート高	cm															
												ハンドリムピッチ	cm															
	☐ 杖たて（一本杖・多脚つえ） ☐ 酸素ボンベ固定装置																											
☐ 栄養パック取付用ガードル架 ☐ 日よけ																												
☐ 雨よけ ☐ 泥よけ ☐ スポークカバー																												
☐ リフレクタ（_____個） ☐ 高さ調整式手押しハンドル																												
☐ ブレーキ延長レバー ☐ 滑り止めハンドリム																												
☐ ノブ付きハンドリム ☐ 垂直ノブ付きハンドリム																												
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 _____					職氏名 _____																							
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（_____）																												