

標準形 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		☐ 低速用		☐ モジュラー式(※基本)		☐ レディメイド							
		☐ 中速用		☐ オーダーメイド(理由:)									
加算要素価格	機構	☐ 手動リクライニング機構 ☐ 電動リクライニング機構 ☐ 電動ティルト機構 ☐ 電動ティルト・リクライニング機構 ☐ 電動リフト機構											
	構造部品	バッテリー		☐ 標準(シールドバッテリー) ☐ リチウムイオンバッテリー									
		基本構造		☐ 標準(後方大車輪)									
		シート		☐ 標準(板張り式)		☐ スリング式		☐ 張り調整式		☐ 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(頭頸部まで)					
				☐ 張り調整式		☐ 高さ調整		☐ 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		☐ 挙上・開閉着脱式	
				☐ 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)				☐ 前後調整 ☐ 角度調整 ☐ 左右調整 ☐ 金属製					
		アームサポート		フレーム一体型		☐ 標準(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)			
	タイヤ		☐ 標準(エア) ☐ ノーパンク				キャスタ		☐ 標準(エア) ☐ ノーパンク				
	その他		☐ 操作レバー ばね圧変更 ☐ スイッチ延長										
	※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		☐ 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) ☐ 杖たて(一本杖・多脚つえ) ☐ 酸素ボンベ固定装置 ☐ 栄養バ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 ☐ 点滴ポール ☐ その他()												
	姿勢保持部品		☐ 体幹パッド(左・右) ☐ 腰部パッド(左・右) ☐ 骨盤パッド(左・右) ☐ 殿部パッド ☐ 内転防止パッド ☐ 下腿保持パッド(左・右) ☐ 足部保持パッド(左・右) ☐ その他 ()										
ベルト	☐ 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 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()					確認者 職氏名								