

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	<input type="checkbox"/> 標準(上肢・体幹・骨盤大腿・下肢・足部)		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 低速用	<input type="checkbox"/> モジュラー式(※基本)		<input type="checkbox"/> レディメイド	
	<input type="checkbox"/> 中速用	<input type="checkbox"/> オーダーメイド(理由: _____)			
構造部品	<input type="checkbox"/> 手動リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動ティルト機構 <input type="checkbox"/> 電動ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動リフト機構				
	バッテリー	<input type="checkbox"/> 標準(シールドバッテリー) <input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリー			
	基本構造	<input type="checkbox"/> 標準(後方大車輪)			
	シート	<input type="checkbox"/> 標準(板張り式)	<input type="checkbox"/> スリング式	<input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 奥行調整	
	バックサポート	<input type="checkbox"/> 標準(スリング式)	<input type="checkbox"/> ワイドフレーム	<input type="checkbox"/> バックサポート延長(頭頸部まで)	
		<input type="checkbox"/> 張り調整式	<input type="checkbox"/> 高さ調整	<input type="checkbox"/> 背座角度調整	<input type="checkbox"/> 背折れ機構
	フット・レッグサポート	<input type="checkbox"/> 標準(固定式) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式			
		<input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り			
	フットサポート	<input type="checkbox"/> 標準(セパレート式)	<input type="checkbox"/> 二重折込式(セパレート式)	<input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 左右調整 <input type="checkbox"/> 金属製	
	アームサポート	フレーム一体型	<input type="checkbox"/> 標準(固定式) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式		<input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整
		独立型	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式		<input type="checkbox"/> 幅広(左・右) <input type="checkbox"/> 延長(左・右)
	タイヤ	<input type="checkbox"/> 標準(エア)	<input type="checkbox"/> ノーパンク	キャスタ	<input type="checkbox"/> 標準(エア) <input type="checkbox"/> ノーパンク
	その他	<input type="checkbox"/> 操作レバー ばね圧変更 <input type="checkbox"/> スイッチ延長			
	<u>※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。</u>				
	加算要素価格	電動車椅子付属品	<input type="checkbox"/> パワーステアリング <input type="checkbox"/> クライマーセット <input type="checkbox"/> 手動スイングアーム <input type="checkbox"/> 簡易1入力		
クッション(カバー付き)		<input type="checkbox"/> 平面形状型	<input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> 防水		
		<input type="checkbox"/> モールド型	<input type="checkbox"/> 完成用部品(部品名: _____) ※完成用部品が必要な理由を記載して下さい。 (_____)		
座板		<input type="checkbox"/> 座板 <input type="checkbox"/> クッション一体型	背クッション	<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 滑り止め	
ヘッドサポート		<input type="checkbox"/> 着脱式(枕含む) <input type="checkbox"/> マルチタイプ(枕含む)		<input type="checkbox"/> 枕のオーダー加算(※着脱式又はマルチタイプのみ)	
		<input type="checkbox"/> 枕(オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 枕(レディメイド)			
フットサポート		<input type="checkbox"/> ヒールループ <input type="checkbox"/> アングルストラップ <input type="checkbox"/> ステップカバー			
テーブル		<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品			
		<input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 表面クッション張り <input type="checkbox"/> 内張り			
転倒防止装置		<input type="checkbox"/> パイプ <input type="checkbox"/> キャスタ付き <input type="checkbox"/> キャスタ付き(折りたたみ構造)			
搭載台		<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台			
その他		<input type="checkbox"/> 車載固定部品(個) <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ) <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置			
		<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー			
		<input type="checkbox"/> リフレクタ(個) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 点滴ポール			
		<input type="checkbox"/> その他(_____)			
姿勢保持部品	<input type="checkbox"/> 体幹パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 腰部パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 骨盤パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 殿部パッド				
	<input type="checkbox"/> 内転防止パッド <input type="checkbox"/> 下腿保持パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 足部保持パッド(左・右)		<input type="checkbox"/> その他 (_____)		
ベルト	<input type="checkbox"/> 肩ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 腕ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 手首ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 骨盤ベルト				
	<input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> 大腿ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 膝ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 下腿ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 足首ベルト(左・右)				

上記のとおり意見する。 年 月 日	その他 特記事項等	
医療機関名	適合確認(年 月 日)	
診療科目名	確認者	
医師氏名	職氏名	
意見書作成医の資格 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> その他(_____)		