様式例Ａ－３附票の１

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

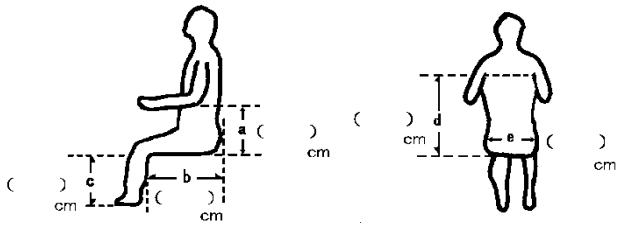
※該当する項目は全て、レ印または〇をつけて下さい。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に〇を付けて下さい。

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：　　）

加算要素価格	構機		□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
	構造部品	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）　□二重折込式（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
		アームサポート　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　□キャンバー角度変更（　　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　□モールド型 □ゲル素材　□多層構造・立体編物　□滑り止め　□防水加工 □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
		搭載台	□呼吸器　□痰吸引機 □携帯用会話補助装置
		その他	□車載固定部品（　個）　□点滴ポール □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

採　寸

●身体寸法（測定寸法）
（※必ず記入して下さい）



●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

シート	前座高	cm	後座高	cm	アームサポート高	cm
	奥行	cm	幅	cm	バックサポート高	cm
					ハンドリムピッチ	cm

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