

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 ☐ 頭頸部（※ヘッドサポートが必要な場合に限る）											
本体価格		☐ 自走用				☐ モジュール式（※基本）		☐ レディメイド		☐ オーダーメイド（理由：			
		☐ 介助用（ ☐ バギー型の場合は☑）				☐ （修理）電動駆動装置等					）		
加 算 要 素 価 格	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		☐ 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 ー 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） ☐ 着脱式		☐ 車軸位置調整		☐ キャンバー角度変更（ 度）						
					☐ 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 ☐ クッションー体型									
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		☐ アンクルストラップ		☐ 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												
姿勢保持部品		☐ 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		☐ 点滴ポール		☐ 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）				
その他 特記事項等													
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													
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（ ）													