

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			
				☐ 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）								
ベルト			☐ その他（ _____ ）										
			☐ 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								