

座位保持装置(車椅子フレーム)付属品等 処方票	
処 方 内 容	
型 式	<input type="checkbox"/> 普通型
	<input type="checkbox"/> 手押し型 <input type="checkbox"/> A 大車輪のあるもの <input type="checkbox"/> B 小車輪だけのもの
	<input type="checkbox"/> 手動リフト式普通型 ※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者
	<input type="checkbox"/> 前方大車輪型 ※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者
	<input type="checkbox"/> 片手駆動型 ※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者
	<input type="checkbox"/> レバー駆動型 ※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者
仕 様	<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため
	<input type="checkbox"/> モジュラー方式 <input type="checkbox"/> 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため
	<input type="checkbox"/> レディメイド ※ JIS規格の既製品で対応可能な者
	<input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> 頸髄損傷者等で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため
<input type="checkbox"/> ティルト式 脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等	
付 属 品 等	バックサポート <input type="checkbox"/> 延長バックサポート <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> 背座間角度調整 <input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース(枕含む) <input type="checkbox"/> 枕(オーダー・レディ)
	アームサポート <input type="checkbox"/> 高さ角度調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡幅(左・右・両) <input type="checkbox"/> 延長(左・右・両)
	シート <input type="checkbox"/> 座奥行き調整 <input type="checkbox"/> 座張り調整
	レッグサポート <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拳上式 <input type="checkbox"/> 開閉拳上式
	フットサポート <input type="checkbox"/> 前後調整(片・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(片・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(片・両)
	ブレーキ <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ <input type="checkbox"/> 延長ブレーキ
	ハンドリム <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム <input type="checkbox"/> ノブ付きハンドリム
	タイヤ・キャスター <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター
	クッション <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> ゲルとウレタン <input type="checkbox"/> 空気量調整 <input type="checkbox"/> 特殊空気室構造 <input type="checkbox"/> フローテーションパッド <input type="checkbox"/> 特殊形状 <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> クッションカバー <input type="checkbox"/> 座面以外のクッション使用(部位:) ※クッション交換価格(4090円)もしくは座位保持装置の付属品(各部位の保持部品)の額が上限となります。
	シートベルト <input type="checkbox"/> 腰ベルト <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 搭載台(人工呼吸器・吸引機・会話補助装置) <input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> リフレクタ(夜行材・反射材)
	<input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 6輪構造
	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 取り付け用ガードル架(栄養・点滴) <input type="checkbox"/> 幅止め <input type="checkbox"/> ガスダンパー
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(標準・折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 成長対応部品
<input type="checkbox"/> その他(必要な付属品名を記載して下さい)	※寸法を記入して下さい。
	
上記のとおり意見する。 年 月 日	
医療機関名	適合確認(年 月 日)
診療科目名	
医師氏名 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()	
	確認者
	職氏名

※該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。