

座位保持装置(電動車椅子フレーム)付属品等 処方票		
処 方 内 容		
簡易型電動車椅子フレーム	<input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式	【交付要件】切替式:アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者 アシスト式:アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者
	<input type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者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
	<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> モジュラー方式	<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"/> 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	※ J I S 規格の既製品で対応可能な者
普通型電動車椅子フレーム	<input type="checkbox"/> 普通型	<input type="checkbox"/> 4.5km/H <input type="checkbox"/> 6km/H
	<input type="checkbox"/> リクライニング式普通型	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者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"/> 電動リクライニング式普通型	【支給要件】上記リクライニング式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者
	<input type="checkbox"/> 電動ティルト式普通型	【支給要件】 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で、この電動車椅子を使うことにより、自力でのティルト操作が可能となる者
	<input type="checkbox"/> 電動リクライニング・ティルト式普通型	【支給要件】 上記リクライニング式及びティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニングとティルト操作が可能となる者
<input type="checkbox"/> 電動リフト式普通型	【支給要件】 手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者 ※自力乗降が不可能な者であっても、日常生活の状況(単身生活者等)や介護者の状況等(介護者に身体障害がある等)を勘案し、真に必要とすると認められる場合は、支給対象とする。	
付属品等(※注)	バッテリー	内蔵式 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 密閉型    外付け式 <input type="checkbox"/> マイコン内蔵型(ニッカド・ニッケル) <input type="checkbox"/> リチウム <input type="checkbox"/> ACサーボモーター
	充電器	<input type="checkbox"/> 内蔵 <input type="checkbox"/> 外部 <input type="checkbox"/> 外部簡易型
	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"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <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 <input type="checkbox"/> 座板
	レッグサポート	<input type="checkbox"/> 開閉・脱着式 <input type="checkbox"/> 開閉挙上式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 挙上式
	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 <input type="checkbox"/> 電動・電磁式ブレーキ <input type="checkbox"/> 手動ブレーキ
	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(前輪・後輪) <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
	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( )
	○は簡易型電動車椅子のみ加算可能	<input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 搭載台(人工呼吸器・吸引器・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(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"/> ガスタンパー <input type="checkbox"/> 杖たて <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)
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	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( )	

※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、該当する項目にレ印または○を付すこと。

