

電 動 車 椅 子 処 方 内 容

簡易型 電動 車椅子	<input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式	【支給要件】 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つて、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	※ JIS規格の既製品で対応可能な者			
普 通 型 電 動 車 椅 子	<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"/> 電動リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> 電動ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リフト式普通型			
			<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		
			【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		
			【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つて、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		
			【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		
		【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、日常生活の状況や介護者の状況等を勘案し、真に必要なと認められる場合は、交付対象とする。			
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			
付 属 品 (※ 注 ○ は 簡 易 型 電 動 車 椅 子 の み 加 算 可 能)	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 ○高さ調整式 ○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 ○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 ○座張り調整 ○座板			
	レッグサポート	<input type="checkbox"/> 開閉・脱着式 ○開閉挙上式 ○脱着式 ○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	○キャリパーブレーキ ○フットブレーキ ○延長ブレーキ ○電動・電磁式ブレーキ <input type="checkbox"/> 手動ブレーキ			
	ハンドリム	○滑り止めハンドリム ○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) ○車軸位置調整 ○大車輪脱着ハブ ○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()			
	○スポークカバー ○泥よけ ○テーブル ○杖たて	<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"/> リフレタ(夜行材・反射材) <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 日よけ ○6輪構造 <input type="checkbox"/> 取り付け用ガードル架(栄養・点滴) ○幅止め ○ガスダンパー <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(標準・折りたたみ式) ○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					
診療科目名		適合確認(年 月 日)			
医師氏名		確認者			
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()		職氏名	