

レディーメイド車椅子交付意見書

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 () 歳	
住所				電話番号		
障害名				等級		
身体 状況	身長 () c m 体重 () k g 握力 (右) k g (左) k g 褥瘡 (有・無) 歩行 (可 _____ m・不可) 移乗 (可・不可)					
	障害の状況及び車椅子を必要とする理由 (リクライニングやティルト等、特殊な機構を必要とする場合はその理由も記入。)					
車椅子 処方	型式	・普通型 (自操用) ・手押し型 (介助用) ・リクライニング式普通型 ・リクライニング式手押し型 ・ティルト式普通型 ・ティルト式手押し型 ・リクライニング・ティルト式普通型 ・リクライニング・ティルト式手押し型 ・その他 ()		サイズ	大 (座幅 42 c m)	
					中 (座幅 40 c m)	
			小 (座幅 38 c m)	※左右大転子間距離 + 3 ~ 4 c m が座幅の目安		
	背もたれ	固定式・折りたたみ式・着脱式・張り調整・延長				
	足台	固定式・挙上式・着脱式・スイングアウト式				
	肘掛け	固定式・着脱式・跳ね上げ式				
ハンドリム	ノブ・滑り止め・その他 ()					
座面	張り調整					
付属品	夜光反射板 × () ・テーブル・日よけ・スノーカバー × () ・杖立 × () 栄養パック取り付け用ガートル架・点滴ポール シートベルト × () ・泥よけ × () ・転倒防止装置 × () 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) ・屋外用キャスター × () 介助者ブレーキ × () ・フットブレーキ × () ・車載時固定フック 携帯用会話補助装置搭載台・酸素ボンベ固定装置・人工呼吸器搭載台 痰吸引器搭載台					
	ク ツ シ ョ ン	小 × ()	特殊形状 (骨盤・大腿部サポート)			
		ウレタン立体構造 (座・背)	クッションカバー (防水)			
		ゲルとウレタン組合せ (座・背)	クッション滑り止め			
		バルブ開閉で空気量調節	枕 ・ ヘッドサポート			
		特殊な空気構造	背クッション			
	ローテーションパッド [®] (三重構造)	※必要なものに○を、() 内は個数を記入。				
上記以外の付属品:						
上記のとおり診断する。						
平成 年 月 日						
医療機関の住所						
電話番号						
医療機関の名称						
15条指定医師の氏名						
					印	