

レディ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 () cm 体重 () kg 握力 (右) kg (左) kg 褥瘡 (有・無) 歩行 (可 <u> </u> 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)	サイズ	大 (座幅 42 cm) 中 (座幅 40 cm) 小 (座幅 38 cm) ※左右大転子間距離 + 3 ~ 4 cm が座幅の目安
		・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 ()		
調整	背もたれ	固定式・折りたたみ式・着脱式・張り調整式		
	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・高さ調整式		
	ハンドリム	プラスチック波形・その他 ()		

付属品	シートベルト × () ・ テーブル・屋外用キャスター × () 介助者ブレーキ × () ・ 転倒防止装置 × () ・ フットブレーキ × () 泥よけ × () ・ スポークカバー × () ・ 杖立 × () 夜光反射板 × () ・ 携帯用会話補助装置 ・ 酸素ボンベ固定装置 人工呼吸器搭載台 ・ 栄養パック取り付け用ガードル架 ・ 点滴ポール				
	クッション	小クッション × ()			} 褥瘡の既往・リスクを有する者に限る。 ※必要なものに○を、() 内は個数を記入。
		ウレタン立体構造 (座・背)			
		ゲルとウレタン組合せ (座・背)			
		バルブ開閉で空気量調節			
		特殊な空気室構造			
フローテーションパッド (三重構造)					

上記のとおり診断する。

令和 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