

(注) 以下、必要な補装具を選択し、各々の枠内の項目を全て記入または選択 (○印で囲む) して下さい。

車椅子、 **電動車椅子** [**新規**・ **更新 (再支給)**・ **修理 (交換)**]

※座位保持装置を使用する場合、車椅子・電動車椅子は座位保持装置の構造フレームになるため、座位保持装置欄も記入して下さい。

障 害 状 況	車椅子 操作能力	自力にて可能 (屋内のみ可・屋内外で可) →手段：上肢 (右・左)・下肢 (右・左)・その他 () 辛うじて自力にて可能→手段：上肢 (右・左)・下肢 (右・左)・その他 () <input type="checkbox"/> 不可能 (<input type="checkbox"/> 介助にて移動 ・ <input type="checkbox"/> 電動車椅子にて移動)		
	操作安全性	問題なし・問題あり→理由 ()		
	握 力	右 k g ・ 左 k g	<input type="checkbox"/> 測定不能	
	座位の状況	リクライニング不要・ <input type="checkbox"/> 必要 →理由 (長時間の座位保持及び食事の際の角度調整の為) ティルト 不要・ <input type="checkbox"/> 必要 →理由 (長時間の座位保持及び体圧分散による褥瘡予防の為)		
	除圧動作	可能→プッシュアップ・体幹前屈側屈等・その他 () <input type="checkbox"/> 不可能 →介助者による除圧支援： <input type="checkbox"/> あり ・なし		
	褥瘡	現在、既往ともになし 現在あり (部位 ()) <input type="checkbox"/> 現在はないが既往あり (部位 仙骨部 ()) 現在はないがリスクあり (部位 ())	殿部の状態： <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚循環障害あり <input type="checkbox"/> 痩せて骨突出あり	
	その他の 身体状況	ADLは全介助である。		
自動車への 積込の必要性		なし・ <input type="checkbox"/> あり →本人による・ <input type="checkbox"/> 介助者による		
処 方	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子	型→普通型/ <input type="checkbox"/> 手押し型 / <input type="checkbox"/> 片手駆動型 / <input type="checkbox"/> レバー駆動型 / <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 式→リクライニング式/ <input type="checkbox"/> ティルト式 / <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式 / <input type="checkbox"/> 手動リフト式		
	<input type="checkbox"/> 電動車椅子	型→普通型 (4.5Km/h・6Km/h) / <input type="checkbox"/> 簡易型 (切換式・アシスト式) 式→リクライニング式/ <input type="checkbox"/> 電動リクライニング式 / <input type="checkbox"/> 電動リフト式 / <input type="checkbox"/> 電動ティルト式 / <input type="checkbox"/> 電動リクライニング・ティルト式		
	レディメイド の場合	レディメイド (セミモジュール方式を含む) →メーカー名 () →機種名称・機種番号 () ○本体及び付属品のカタログ等の写しを添付して下さい。		
	オーダーメイド (モ ジュール方式 を含む) の 場合	<input type="checkbox"/> オーダーメイド (下記※も記入して下さい。) →メーカー名 (△製作所 ()) ○本体作製寸法及び必要な付属品を記した処方箋又は仕様書 (任意様式) を添付して下さい。		
		モジュール方式 (下記※も記入して下さい。) →メーカー名 () →機種名称・機種番号 () ○本体及び付属品のカタログ等の写しを添付して下さい。 ○本体設定寸法及び必要な付属品を記した処方箋又は仕様書 (任意様式) を添付して下さい。		
	付属品	(※) レディメイド (既製品) では対応できない理由を選択し、その内容等を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 身体寸法 (理由：痩せて小柄である為 ()) <input type="checkbox"/> 障害状況 (理由：四肢体幹の変形拘縮が著しい為 ()) 特別な構造 (内容： ()) 使用環境 (内容： ()) その他 (())		
使用効果見込み		必要な付属品を全て記載して下さい。(レディメイドの場合は付属品のカタログ等の添付があれば省略可。また、オーダーメイドの場合は、本体寸法及び必要な付属品を記した処方箋又は仕様書 (任意様式) の添付があれば、省略可。) 添付の処方箋のとおり。		
(日常生活等における使用効果見込み等を具体的に記入して下さい。)				
現在使用中の車椅子手押し型では座位保持が困難であり落下の危険を伴う。日常生活の多くの時間 (食事も含む) を車椅子の上で過ごしており、安定した座位を保つことができるオーダーメイドの車椅子リクライニング・ティルト式手押し型が必要であると考える。				