

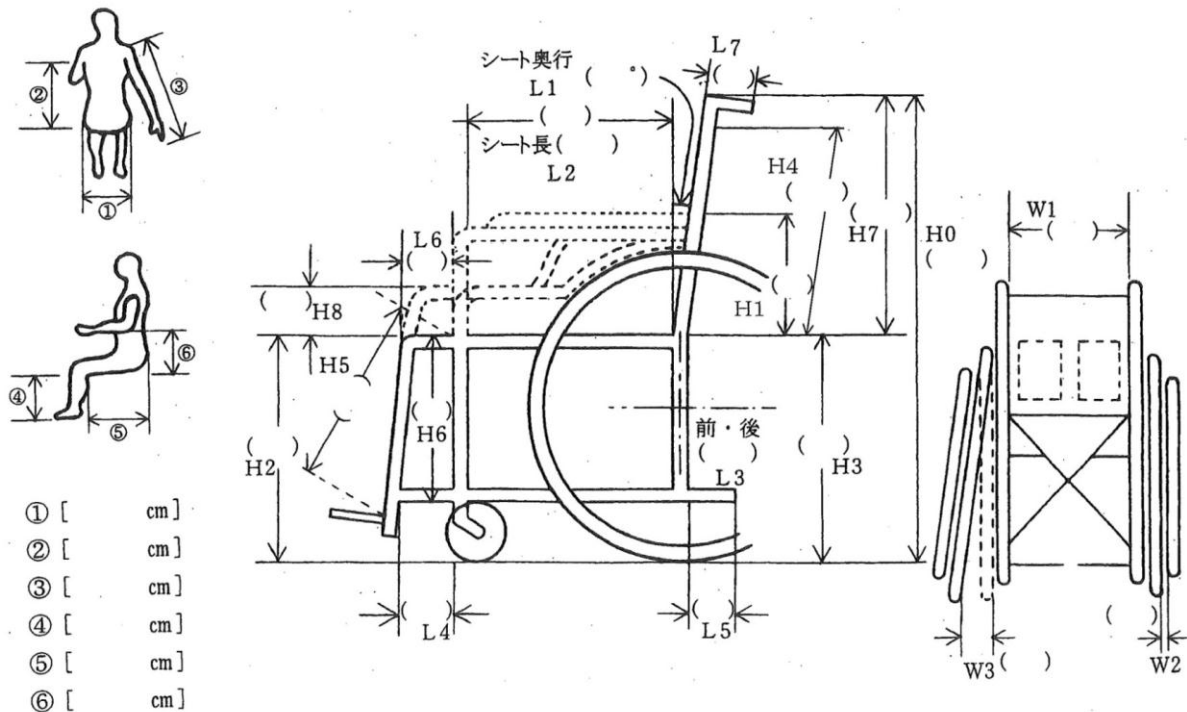
車椅子処方箋(車椅子文書判定用)

(新規・再支給・修理)

氏名				生年月日	昭和・平成	年	月	日	( 歳)	性別	男・女	
住所	〒									身長	cm	
職業	TEL			自宅			携帯			体重	kg	
障害名疾患名	<input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 胸椎損傷 <input type="checkbox"/> 腰椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー <input type="checkbox"/> 重症筋無力症 <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 脊髄性小脳変性症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他						障害レベル		障害発生		昭和・平成	
障害原因支給区分	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通事故 業務上の事故 <input type="checkbox"/> その他の事故 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 戦争 その他( ) <input type="checkbox"/> 総合支援法 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他						C.T.L 完全		年 月 日		( 歳)	
身体状況	立位 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 可 座位 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 可 歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 屋内(要介助・可) <input type="checkbox"/> 屋外(要介助・可) 移乗 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 自立 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(背部・臀部・ ) <input type="checkbox"/> 既往歴 有 <input type="checkbox"/> 褥瘡リスク高い(具体的に )											
車椅子の使用状況	目的 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 自走 主な使用場所 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外 <input type="checkbox"/> 自動車搭載 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(自力・半介助・介助、座席・トランク)											
車椅子の名称	1 普通型 2 リクライニング式普通型 3 ティルト式普通型 4 リクライニング・ティルト式普通型 5 手動リフト式普通型 6 前方大車輪型 7 リクライニング式前方大車輪型 8 片手駆動型(右・左) 9 リクライニング式片手駆動型(右・左) 10 レバー駆動型 11 手押し型A・手押し型B 12 リクライニング式手押し型 13 ティルト式手押し型 14 リクライニング・ティルト式手押し型 15 その他(特例補装具: ) ※ <input type="checkbox"/> フルオーダー <input type="checkbox"/> モジュラー式(オーダーメイド扱い) <input type="checkbox"/> 既製品 ※機種名( )											
バックサポート	1 固定式 2 脱着式 3 延長バックサポート 4 張り調整式 5 高さ調整式 6 背折れ機構 7 背座間角度調整 8 ヘッドサポートベース(枕含む) 9 枕(オーダー・レディ) 10 その他( )		グリップ	<input type="checkbox"/> 要(直角・曲げ: cm) <input type="checkbox"/> 不要		レッグサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式		フットサポート	1 固定式 2 跳ね上げ式(後方・側方) 3 中折れ式 4 調整式(前後・角度・左右) <input type="checkbox"/> ベルト(幅 cm) <input type="checkbox"/> 特別仕様ヒールループ <input type="checkbox"/> 特別仕様アングルストラップ <input type="checkbox"/> パイプ <input type="checkbox"/> プラスチック <input type="checkbox"/> その他		
	1 固定式 2 高さ調整式 3 跳ね上げ式 4 脱着式 5 幅広(左 cm・右 cm) 6 延長(左 cm・右 cm) 7 その他( ) ・デスク型 ・アール型 ・パイプ型 ・不要		アーム(肘サポート)				<input type="checkbox"/> ベルト(幅 cm) <input type="checkbox"/> 特別仕様幅広・全幅 <input type="checkbox"/> 特別仕様レッグループ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> その他					
フレーム	パイプ径(φ) 13・16・19・22・( )		駆動輪(主輪)	径(インチ) 14・16・20・22・24・26・( )		ハンドリム	径(φ) 16・19・22・( )		キヤスタ	径(インチ) 4・5・6・7・( )		
	材質 <input type="checkbox"/> アルミ <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> チタン(差額自己負担) <input type="checkbox"/> その他( )			太さ(インチ) 1, 1-3/8, ( )			標準 (金属・樹脂・波形樹脂) <input type="checkbox"/> 滑り止め (ゴム・樹脂・その他) <input type="checkbox"/> ノブ付き(水平・垂直) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不要			形状・材質 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> ソリッド・PU・ソフトフォーミング <input type="checkbox"/> 屋外用(エア式等)		
ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式		3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ(連動・独立)		延長	全長 右 cm 左 cm		シート	1 標準 2 座板		3 座張り調整 4 座奥行き調整	
	処方医師の氏名		所属等		処方		年 月 日					
セラピスト等氏名		所属等		連絡先		TEL						
受注業者名		担当者名		TEL		携帯						
上記診査の結果、車椅子の補装具費支給は( 適当・不適当 )です。				年 月 日		兵庫県立身体障害者更生相談所 医師		印				

その他の付属品  
(オプション)

- 1 テーブル  上肢の筋力低下により一般のテーブルでは食事をとることが難しい者  
 日常生活や職業上必要とする者
- 2 シートベルト  腰(バックル・ベルクロ)  胸(バックル・ベルクロ)  股(バックル・ベルクロ)  
 足(バックル・ベルクロ)  その他( )
- 3 クッション (※座位保持装置の完成用部品(支持部:骨盤・大腿部)をクッションとして用いる必要があると認めた場合には、別途定める価格により算定する。ただし、褥瘡予防のために必要と認めた完成用部品(ジェイクッション)は特殊な空気室構造の価格を上限とする。)  
\*クッションを処方する場合は「身体状況欄」の褥瘡の状況に必ずチェックを入れること  
 単層  ポリ・ウレタン等多層構造・立体編物構造  
 ゲル・ウレタン組み合わせ  バルブ開閉空気量調整  
 フローテーションパッド  特殊な空気室構造  
 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)  
 クッション滑り止め部品  クッションカバー(防水加工)  
 背クッション (注)張り調整式バックサポートの同時加算不可  
 その他( )  
\*製品名がわかる場合記入すること (製品名: 幅 cm : 奥行 cm : 厚さ cm)
- 4 泥よけ(左・右・両) 12 携帯用会話補助装置搭載台  
5 スポークカバー(左・右・両) 13 痰吸引器搭載台  
6 ステッキホルダー(杖たて)(左・右) 14 転倒防止装置(先ゴム・キャスター)  
7 幅止め 15 転倒防止装置(キャスター付き折りたたみ式)  
8 点滴ポール 16 高さ調整式手押しハンドル  
9 酸素ボンベ固定装置 17 日よけ(雨よけ)取り付け部品  
10 人工呼吸器搭載台 18 6輪構造  
11 栄養パック用ガートル架 19 その他( )
- 20 特例補装具扱い <※背パッド座パッドは、座位保持装置の付属品の価格を参考にし、その他の項目は別途定める価格により算定する。>  
 背パッド(部位 @ × )  座パッド(部位 @ × )  
 骨盤サポート  フレーム補強( 箇所)  後彎対応調整式バックサポート  前方オフセットフレーム



(注)H1はパッド有はパッドの上端、無はフレームの上端とする。(単位:mm)

【特記事項】※オーダーメイド車椅子の場合、既製品で対応できない理由をを具体的に明記すること。  
※処方車椅子の基本構造(リクライニング式・ティルト式等)が必要な理由を具体的に明記すること。  
※処方車椅子の機能・付属品等が必要な理由を具体的に明記すること。(以上については任意様式に記入提出可)