

電動車椅子処方箋(採型表)

氏 名	様 男・女	T・S・H	年	月	日生(歳)
住 所	TEL () -				
障 害 名				身長_____cm	体重_____Kg
医療機関名			判 定 医 名		
採型年月日	平成	年	月	日	採 型 者 名
使用目的	1. 主たる移動手段 2. 通院 3. 通勤 4. 買い物 5. その他 ()				
使用場所	1. 家庭(屋内・屋外) 2. 施設(屋内・屋外)				
使用環境	1. 平地 2. 不整地 3. 坂道 4. その他 ()				
種 類	1. 普通型 2. 簡易型(切替式・アシスト式) 3. リクライニング式(手動・電動) 4. ティルト式(手動・電動) 5. ティルト・リクライニング式(手動・電動) 6. 電動リフト式 7. その他 ()		メーカー名 () 形 式 名 () 最高速度 (4.5 6.0) Km/h バッテリー (密閉型・ニッカド・ニッケル水素) モーター (ACサーボモーター)		
	車 体	1. バックサポート(固定・着脱式・背座間角度調整式・延長・張り調整) 2. アームサポート(固定・着脱式・跳ね上げ式・高さ調整式・延長・拡幅) 3. レッグサポート(固定・開閉着脱式・挙上式) 4. 手押し走行 5. 電磁ブレーキ 6. ノーパンクタイヤ(前輪・後輪) 7. 座奥行き調整 8. その他 () フレームカラー () シートカラー ()			
	寸 法	1. メーカー標準 2. 指定 a)シート幅_____mm b)バックサポート高_____mm c)その他			
コントロールボックス	1. スイッチ操作 a)上肢 b)下肢 c)頭部(チン・マウス・額) d)呼気 e)その他 () 2. レバー操作 a)上肢 b)下肢 c)頭部 d)その他 3. 位 置 a)右 b)左 c)その他 4. ス イ ッ チ a)メーカー標準 b)指定_____----- 5. レバーの形 a)メーカー標準 b)指定_____----- 6. レバーの長さ a)メーカー標準 b)指定_____----- 7. レバーの抵抗 a)メーカー標準 b)指定_____----- 8. 感度調節式ジョイスティック 9. 多様入力コントローラー () 10. チンコントロールアームスイング(電動・手動・介助者用)				
付 属 品	1. 充電器(外部・内臓) 2. 安全ベルト(胴・股・脚・) 3. 転倒防止装置 () 4. クッション(座_____mm)(材質_____) (背_____mm)(材質_____) 5. ヘッドサポートベース 6. 枕(オーダーメイド・レディメイド) 7. クライマーセット 8. フロントサブホイール 9. ステッキホルダー・杖の種類 () 10. テーブル 11. 酸素ボンベ固定装置 12. 人工呼吸器搭載台 13. 痰吸引器搭載台 14. 栄養パック取り付け用ガートル 15. 点滴ポール 16. 車載時固定用フック 17. 日よけ 18. 携帯用会話補助装置搭載台 19. リフレクター				
特 記 事 項	業者名 _____				