

標準形電動車椅子意見書

(令和6年4月改訂)

氏名		生年月日	年	月	日 () 歳
住所					
障害名		等級			級

1 神経学的所見及びその他の機能障がい所見 (該当するものを○でかこむこと)

(1) 原因となった疾病・外傷名 【 交通・労災・疾病・先天性・その他 () 】

[
 ※発生年月日 (年 月 日頃)
]

(2) 起因部位: 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他 ()

(3) 運動障がい: (下記図示): 弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・振戦・運動失調・その他 ()

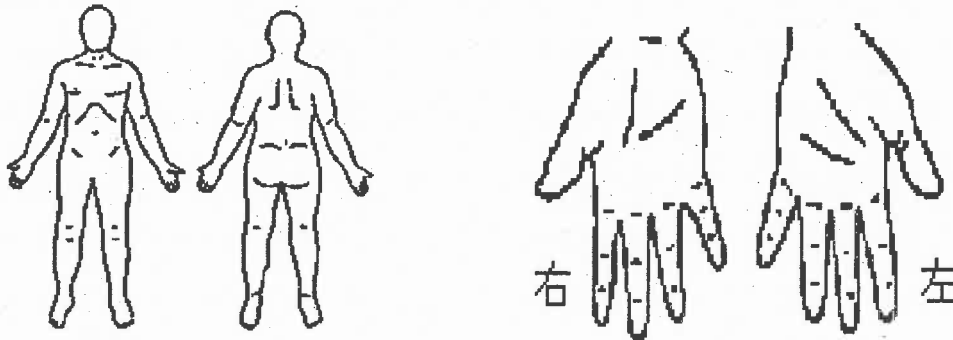
(4) 感覚障がい: (下記図示): 感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚・その他 ()・なし

(5) 排尿・排便機能障がい: あり・なし (6) 言語機能障がい: 失語・構音障がい・なし

(7) 聴力障がい: あり・なし (8) 視力障がい: あり・なし

(9) 心肺機能障がい: あり・なし (10) 高次脳機能障がい: 失認・失行・その他・なし

参考図示



 運動機能障がい
  感覚障がい
  切離断
  褥瘡
  拘縮
  変形

握力 右 () kg 左 () kg 体重 () kg 身長 () cm

参考となる経過・現症 (腱反射・病的反射・筋萎縮計測・その他)

その他の医学的所見

日常生活動作状況（自立－○ 半介助－△ 全介助又は不能－×）

（ ）の中のものを使う時はそれに○

寝返りをする		シャツを着て脱ぐ	
足を投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
椅子に腰かける		ブラシで歯をみがく（自助具）	
立つ（手すり、壁、松葉杖） （義肢、装具）		顔を洗いタオルで拭く	
		タオルを絞る	
室内を（壁、杖、松葉杖）		背中を洗う	
移動する（義肢、装具、車いす）		食事をする（スプーン、箸、自助具）	
屋外を（家の周辺程度）		コップで水を飲む	
移動する（杖、松葉杖、車いす）		洋式便器にすわる	
二階まで階段を上がって下りる （手すり、杖、松葉杖）		排泄のあと始末をする	
		公共の乗物を利用する	

2 生活地

(1) 在宅 (2) 施設入所中(施設名) (3) その他()

3 電動車椅子使用目的及び操作能力

(1) 使用目的：常時多目的・職業用・通勤・通学・通院・その他()

(2) 電動車椅子使用歴：(有・無)(形)(年頃～)

※有の場合、下に記入すること。

電動車椅子操作：屋内：自分でできる・なんとかできる・できない

屋外：自分でできる・なんとかできる・できない

平地走行(可・不可) ブレーキ操作(可・不可)

坂路昇降(可・不可) 方向転換(可・不可)

(3) 移動：四つ這い移動(可・不可) 車椅子⇄ベッド(可・不可)

室内移動(可・不可) 車椅子⇄トイレ(可・不可)

座位保持(可・不可) 車椅子⇄床マット(可・不可)

車椅子⇄浴槽(可・不可)

4 標準形電動車椅子処方 ※標準形電動車椅子処方箋にも必ず記載すること。

名称 低速用(4.5 km/h) 中速用(6.0 km/h)

構造 モジュラー式 レディメイド式 オーダーメイド式

※オーダーメイドの場合、モジュールで対応できない理由を下欄に必ず記載すること。

[]

機構及び機構部品の必要理由（標準構造部品を除く）【標準形用】

機 構	01. 手動リクライニング機構 02. 電動リクライニング機構 03. 電動ティルト機構 04. 電動ティルト・リクライニング機構 05. 電動リフト機構					
機 構 部 品	スイッチ・操作レバー	06. バネ圧の変更 07. スイッチ延長	フット・レッグサポート	17. 挙上式 18. 着脱式 19. 開閉着脱式 20. 挙上・開閉着脱式 21. レッグベルト全面張り	バッテリー	33. リチウムイオンバッテリー
	シート	08. スリング式 09. 張り調整式 10. 奥行き調整	フットサポート	21. セパレート式(二重折込式) 22. 前後調整 23. 角度調整 24. 左右調整 25. 金属製	タイヤ	34. ノーパンク
	バックサポート	11. 張り調整式 12. ワイドフレーム 13. バックサポート延長(頭頸部まで) 14. 高さ調整 15. 背座角度調整 16. 背折れ構造	アームサポート	26. 固定式(独立型) 27. 着脱式(フレーム一体型・独立型) 28. 跳ね上げ式(フレーム一体型・独立型) 29. 高さ調整 30. 角度調整 31. 幅広 32. 延長	キヤスタ	35. ノーパンク

※機構及び機構部品名（番号）・個数とその必要理由をこの欄に具体的に記載すること。

記載欄が不足する場合は、別紙に記載可能とするが、作成医師の記名押印（又は署名）が必要。

必要理由は、身体状況・使用環境・生活状況等から真に必要な理由を記載すること。

あると便利、無いよりはある方が良く、と言った理由は認められないので留意して記載すること。

付属品の必要理由【標準形用】

クッション (カバー付き)	01. 平面形状型 02. モールド型 03. ゲル素材使用 04. 多層構造 05. 立体編物 06. 滑り止め加工 07. 防水加工	座板	14. 座板のみ 15. クッション一体型	その他	28. 呼吸器搭載台 29. 痰吸引機搭載台 30. 携帯用会話補助装置搭載台 31. 杖たて(一本杖用) 32. 杖たて(多脚杖用) 33. テーブル(通常) 34. テーブル取付部品 35. カットアウトテーブル(通常) 36. カットアウトテーブル(表面クッション張り) 37. 泥よけ 38. リフレクター 39. 日よけ 40. 雨よけ 41. 酸素ボンベ固定装置 42. 栄養パック取付用ガードル 43. 点滴ポール 44. 車載固定フック 45. レバーノブ各種形状 46. 高さ調整式手押しハンドル 47. 手動スイングアーム 48. 手動チンコントロール一式 49. 電動チンコントロール一式	
		ヘッドサポート	独立構造			16. 着脱式(枕含む) 17. マルチタイプ(枕含む) 18. 枕オーダーメイド変更
			枕のみ			19. 枕(オーダーメイド) 20. 枕(レディメイド)
姿勢保持部品	08. 体幹パッド 09. 骨盤パッド 10. 足部保持パッド 11. その他の姿勢保持部品	フットサポート	21. ヒールループ 22. アンクルストラップ 23. ステップカバー			
背クッション	12. クッションのみ 13. 滑り止め加工	ベルト部品	24. 骨盤 25. 胸 26. 股 27. その他のベルト部品			

※付属品名(番号)・個数とその必要理由をこの欄に具体的に記載すること。

※上記以外の付属品、クッションに姿勢保持装置の完成用部品が必要な場合も、この欄に名称・個数及び必要理由を記載すること。

記載欄が不足する場合は、別紙に記載可能とするが、作成医師の記名押印(又は署名)が必要。

必要理由は、身体状況・使用環境・生活状況等から真に必要な理由を記載すること。

あると便利、無いよりはある方が良く、と言った理由は認められないので留意して記載すること。

年 月 日

医療機関名
所在地
診療科名

医師名
(記名押印又は署名)

簡易形電動車椅子意見書

(令和6年4月改訂)

氏名		生年月日	年	月	日 () 歳
住所					
障害名		等級		級	

1 神経学的所見及びその他の機能障がい所見 (該当するものを○でかこむこと)

(1) 原因となった疾病・外傷名 【 交通・労災・疾病・先天性・その他 () 】

[
 ※発生年月日 (年 月 日頃)
]

(2) 起因部位: 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他 ()

(3) 運動障がい: (下記図示): 弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・振戦・運動失調・その他 ()

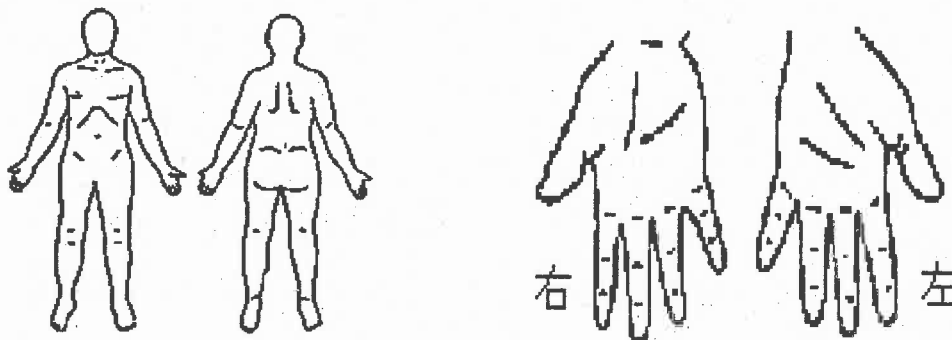
(4) 感覚障がい: (下記図示): 感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚・その他 () ・なし

(5) 排尿・排便機能障がい: あり・なし (6) 言語機能障がい: 失語・構音障がい・なし

(7) 聴力障がい: あり・なし (8) 視力障がい: あり・なし

(9) 心肺機能障がい: あり・なし (10) 高次脳機能障がい: 失認・失行・その他・なし

参考図示



運動機能障がい

感覚障がい

切離断

褥瘡

拘縮

変形

握力 右 () kg 左 () kg 体重 () kg 身長 () cm

参考となる経過・現症 (腱反射・病的反射・筋萎縮計測・その他)

その他の医学的所見

日常生活動作状況（自立－○ 半介助－△ 全介助又は不能－×）

（ ）の中のものを使う時はそれに○

寝返りをする		シャツを着て脱ぐ	
足を投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
椅子に腰かける		ブラシで歯をみがく（自助具）	
立つ（手すり、壁、松葉杖） （義肢、装具）		顔を洗いタオルで拭く	
		タオルを絞る	
室内を（壁、杖、松葉杖） 移動する（義肢、装具、車いす）		背中を洗う	
		食事をする（スプーン、箸、自助具）	
屋外を（家の周辺程度） 移動する（杖、松葉杖、車いす）		コップで水を飲む	
		洋式便器にすわる	
二階まで階段を上がって下りる （手すり、杖、松葉杖）		排泄のあと始末をする	
		公共の乗物を利用する	

2 生活地

(1) 在宅 (2) 施設入所中（施設名 _____） (3) その他（ _____ ）

3 電動車椅子使用目的及び操作能力

(1) 使用目的：常時多目的・職業用・通勤・通学・通院・その他（ _____ ）

(2) 電動車椅子使用歴：（有・無）（ _____ 形）（ _____ 年頃～）

※有の場合、下に記入すること

電動車椅子操作：屋内：自分でできる・なんとかできる・できない

屋外：自分でできる・なんとかできる・できない

平地走行（可・不可） ブレーキ操作（可・不可）

坂路昇降（可・不可） 方向転換（可・不可）

(3) 移動： 四つ這い移動（可・不可） 車椅子 ⇄ ベッド（可・不可）

室内移動（可・不可） 車椅子 ⇄ トイレ（可・不可）

座位保持（可・不可） 車椅子 ⇄ 床マット（可・不可）

車椅子 ⇄ 浴槽（可・不可）

4 簡易形電動車椅子処方 ※簡易形電動車椅子処方箋にも必ず記載

すること。

区分 切替式 アシスト式

車椅子名称 自走用 介助用

車椅子構造 モジュラー式 オーダーメイド式 レディメイド式

※オーダーメイドの場合、モジュールで対応できない理由を下欄に必ず記載すること。

[_____]

機構及び機構部品の必要理由(標準構造部品を除く)【簡易形用】

機構	01. リクライニング機構 02. ティルト機構 03. ティルト・リクライニング機構 04. リフト機構				
機構部品	基本構造	05. 幅止め	バックサポート	11. 張り調整式 12. ワイドフレーム 13. バックサポート延長 (頭頸部まで) 14. 高さ調整 15. 背座角度調整 16. 背折れ構造	アームサポート 28. 固定式 (独立型) 29. 着脱式(フレーム一体型・独立型) 30. 跳ね上げ式(フレーム一体型・独立型) 31. 高さ調整 32. 角度調整 33. 幅広 34. 延長
	スイッチ・操作レバー	06. バネ圧の変更 07. スイッチ延長	レッグサポート・フット	17. 挙上式 18. 着脱式 19. 開閉着脱式 20. 挙上・開閉着脱式 21. レッグベルト全面張り	ブレーキ 35. キャリパーブレーキ 36. フットブレーキ
					タイヤ 37. ノーパンク
	シート	08. 張り調整式 09. 板張り式 10. 奥行き調整	フットサポート	22. セパレート式 23. セパレート式(二重折込) 24. 中折式 25. 前後調整 26. 角度調整 27. 左右調整	キャスタ 38. 衝撃吸収タイプ
					ハンドドリム 39. ステンレス 40. アルミ 41. ピッチ 30mm 超 42. 片手駆動構造

※機構及び機構部品名(番号)・個数とその必要理由をこの欄に具体的に記載すること。

記載欄が不足する場合は、別紙に記載可能とするが、別紙に作成医師の記名押印(又は署名)が必要。

必要理由は、身体状況・使用環境・生活状況等から真に必要な理由を記載すること。

あると便利、無いよりはある方が良く、と言った理由は認められないので留意して記載すること。

付属品の必要理由【簡易形用】

クッション (カバー付き)	01. 平面形状型 02. モールド型 03. ゲル素材使用 04. 多層構造 05. 立体編物 06. 滑り止め加工 07. 防水加工		背クッション	18. クッションのみ 19. 滑り止め加工	その他
			座板	20. 座板のみ 21. クッション一体型	
ヘッドサポート	独立構造	08. 着脱式 (枕含む) 09. マルチタイプ (枕含む) 10. 枕オーダーメイド変更	フットサポート	22. ヒールループ 23. アンクルストラップ 24. ステップカバー	
	枕のみ	10. 枕 (オーダーメイド) 11. 枕 (レディメイド)			
姿勢保持部品	11. 体幹パッド 12. 骨盤パッド 13. 足部保持パッド 17. その他の姿勢保持部品		ベルト部品	25. 骨盤 26. 胸 27. 股 28. その他のベルト部品	29. 呼吸器搭載台 30. 痰吸引機搭載台 31. 携帯用会話補助装置搭載台 32. 杖立て (一本杖用) 33. 杖立て (多脚杖用) 34. テーブル (通常) 35. テーブル取付部品 36. カットアウトテーブル (通常) 37. カットアウトテーブル (表面クッション張り) 38. 泥よけ 39. スポークカバー 40. リフレクター 41. 日よけ 42. 雨よけ 43. 高さ調整式手押しハンドル 44. ブレーキ延長カバー 45. ハンドリム滑り止め 46. ハンドリムノブ付き (通常) 47. ハンドリムノブ付き (垂直) 48. 酸素ボンベ固定装置 49. 栄養パック取付用ガードル架 50. 点滴ボール 51. 車載固定フック 52. レバーノブ各種形状

※付属品名 (番号)・個数とその必要理由をこの欄に具体的に記載すること。

※上記以外の付属品、クッションに姿勢保持装置の完成用部品が必要な場合も、この欄に名称・個数及び必要理由を記載すること。

記載欄が不足する場合は、別紙に記載可能とするが、別紙に作成医師の記名押印 (又は署名) が必要。

必要理由は、身体状況・使用環境・生活状況等から真に必要な理由を記載すること。

あると便利、無いよりはある方が良く、と言った理由は認められないので留意して記載すること。

年 月 日

所在地
医療機関名
診療科名

医師名
(記名押印又は署名)

電動車椅子意見書【心臓機能障害・呼吸器機能障害用】

(令和6年4月改訂)

氏名 生年月日 年 月 日 (歳)

住所

原傷病名

1 臨床所見
 ア 動悸 (有・無) イ 息切れ (有・無) ウ 呼吸困難 (有・無)
 エ 胸痛 (有・無) オ 血痰 (有・無) カ チアノーゼ (有・無)
 キ 浮腫 (有・無) ク 心拍数 () ケ 脈拍数 ()
 コ 呼吸数 () サ 血圧 上肢(最大 最小) 下肢(最大 最小)
 シ 他所見 ()

2 既往症
 ア 心筋梗塞 (有・無) イ 狭心症 (有・無) ウ 心臓弁膜症 (有・無)
 エ 失神発作 (有・無) オ その他 ()

3 胸部X線所見 (年 月 日)
 ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度) イ 気腫化 (無・軽度・中等度・高度)
 ウ 繊維化 (無・軽度・中等度・高度) エ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度)
 オ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度) カ 心縦隔変形 (無・軽度・中等度・高度)

4 心電図所見 (年 月 日)
 ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)
 イ 房室ブロック (無・有 第 度)
 ウ 不整脈 (有・無) ある者では心電図所見(例えば年月日)
 エ その他の心電図異常所見



5 換気機能 (年 月 日)
 ア 予測肺活量 (ml) イ 1秒量 (ml) ウ 予測肺活量1秒率 (%) = イ / ア × 100
 エ 予測肺活量1秒率

6 血液ガス分析所見 (年 月 日) (但しRoom Air:FiO2= %)
 ア PaO2 (mmHg) イ PaCO2 (mmHg) ウ SaO2 (%) エ pH ()

7 心臓カテーテル検査所見 (年 月 日)

区 分	右心房	右心室	肺動脈	肺動脈楔入圧	左心房	左心室	大動脈	心拍出量
圧mmHg	/	/	/	/	/	/	/	
血液酸素飽和度	%	%	%	%	%	%	%	l/min

8 トレッドミル負荷試験 (年 月 日)
 grade () ※ 1の場合【テスト時間 (分) 運動中酸素消費量 (METS)】

9 活動能力の程度(心臓のみ)
 ア 家庭内の普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの、又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。
 イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。
 ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの。
 エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの、又は頻回に頻脈発作を起し、救急医療を繰返し必要としているもの。
 オ 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起るもの、又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

10 活動能力の程度(呼吸器のみ)
 ア 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりならのぼれる。
 イ 階段をゆっくりでものぼれないが、途中休みながらのぼれる。
 ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。
 エ ゆっくりでも歩くと息切れがする。
 オ 息苦しくて身のまわりのこともできない。

11 在宅O2療法 (有・無)

12 電動車椅子処方 (別紙「電動車椅子処方箋(簡易形又は標準形)」に必ず記入のうえ添付すること。)
 下記いずれかに☑をすること。
 電動車椅子(簡易形) 電動車椅子(標準形)

13 総合意見(効果見込み等を具体的に記載すること。)

年 月 日
 所在地
 医療機関名
 診療科名
 医師名
 (記名押印又は署名)

標準形電動車椅子処方箋

(令和6年4月改訂)

市町村		氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
疾患名				身長・体重	cm/ kg
障害名				移乗能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助
主な使用場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外				
基本価格	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 頭頸部		<input type="checkbox"/> 新規支給(1台) <input type="checkbox"/> 再支給((注)1,2が前回と同じ場合) <input type="checkbox"/> 再支給((注)1,2が前回と一部異なる場合) <input type="checkbox"/> 2台同時支給		
本体価格	区分	<input type="checkbox"/> 低速用 (4.5 km/h) <input type="checkbox"/> 中速用 (6.0 km/h)			
	構造 (注)1	<input type="checkbox"/> モジュラー式 <input type="checkbox"/> レディメイド式 <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <small>※モジュラー式又はレディメイド式の場合は、メーカー名、製品名、型番など正確に記入し、カタログのコピーを添付すること。</small>			
加算要素	機構 (注)2	<input type="checkbox"/> 手動リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動ティルト機構 <input type="checkbox"/> 電動ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動リフト機構			
	機構部品	操作部位	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左) <input type="checkbox"/> 頭頸部(チン・マウス・額) <input type="checkbox"/> その他 ()		
		スイッチ	(加算項目) <input type="checkbox"/> スイッチ延長		
		操作レバー	(加算項目) <input type="checkbox"/> バネ圧変更		
		バッテリー	<input type="checkbox"/> シールドバッテリー(標準) <input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリー		
		シート	<input type="checkbox"/> 板張り式(標準) <input type="checkbox"/> スリング式 <input type="checkbox"/> 張り調整式 (加算項目) <input type="checkbox"/> 奥行き調整		
			<input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 (加算項目) <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ構造		
		バックサポート	<input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式 (加算項目) <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り		
		フット・レッグサポート	<input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 拳上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式 (加算項目) <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り		
		フットサポート	<input type="checkbox"/> セパレート式(標準) <input type="checkbox"/> セパレート式(二重折込)		
			(加算項目) <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左) <input type="checkbox"/> 金属製		
		アームサポート	(フレーム一体型)		
			<input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式(右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式(右・左)		
(独立型) <input type="checkbox"/> 固定式(右・左) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式(右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式(右・左) (加算項目) <input type="checkbox"/> 高さ調整(右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左) <input type="checkbox"/> 幅広(右・左) <input type="checkbox"/> 延長(右・左)					
タイヤ	<input type="checkbox"/> エアー(標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク				
キャスタ	<input type="checkbox"/> エアー(標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク				

(※裏面に付属品記入)

簡易形電動車椅子処方箋

(令和6年4月改訂)

市町村		氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
疾患名				身長・体重	cm/ kg	
障害名				移乗能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
主な使用場所		<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外				
基本価格		<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 新規支給(1台) <input type="checkbox"/> 再支給((注)1,2,3が前回と同じ場合) <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 再支給((注)1,2,3が前回と一部異なる場合) <input type="checkbox"/> 2台同時支給				
本体価格	区分	<input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式				
	電動駆動装置	<small>※メーカー名、製品名、型番など正確に記入し、カタログのコピーを添付すること。 ※電動車椅子簡易型の完成品を採用する場合もメーカー名、製品名を正確にこの欄に記入し、カタログのコピーを添付すること。</small>				
車椅子	名称(注)1	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用				
	構造(注)2	<input type="checkbox"/> モジュラー式(標準) <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> レディメイド式 <small>※モジュラー式又はレディメイド式(電動車椅子完成品は除く)の場合、メーカー名・品番を正確に記入し、カタログのコピーを添付すること。</small>				
加算要素	機構(注)3	<input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> リフト機構				
	機 構 部 品	基本構造	(加算項目) <input type="checkbox"/> 幅止め			
		操作部位	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左) <input type="checkbox"/> 頭頸部(チン・マウス・額) <input type="checkbox"/> その他()			
		スイッチ	(加算項目) <input type="checkbox"/> スイッチ延長			
		操作レバー	(加算項目) <input type="checkbox"/> バネ圧変更			
		バッテリー	<input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリー(標準) <input type="checkbox"/> ニッケル水素バッテリー			
		シート	<input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 板張り式			
			(加算項目) <input type="checkbox"/> 奥行き調整			
		バックサポート	<input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式			
			(加算項目) <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ構造			
		フット・ レッグサポート	<input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式			
			(加算項目) <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り			
		フットサポート	<input type="checkbox"/> セパレート式(標準) <input type="checkbox"/> セパレート式(二重折込) <input type="checkbox"/> 中折式			
			(加算項目) <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左) <input type="checkbox"/> 金属製			
		アームサポート	(フレーム一体型) <input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式(右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式(右・左)			
(独立型) <input type="checkbox"/> 固定式(右・左) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式(右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式(右・左) (加算項目) <input type="checkbox"/> 高さ調整(右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左) <input type="checkbox"/> 幅広(右・左) <input type="checkbox"/> 延長(右・左)						
ブレーキ	(加算項目) <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ					
タイヤ	<input type="checkbox"/> エア(標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク					
キャスト	<input type="checkbox"/> ソリッド(標準) <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ					
ハンドリム	<input type="checkbox"/> プラスチック(標準) <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> アルミ					
	(加算項目) <input type="checkbox"/> ピッチ 30mm超(右・左) <input type="checkbox"/> 片手駆動構造					

(※裏面に付属品記入)

電動車椅子判定依頼調査書

(ふりがな) 氏名	T・S・H・R 年 月 日生 (歳)
<p>1 原因となった疾病・外傷の発症・受傷の状況 (該当するものを○でかこむこと) 交通・労災・疾病・先天性・戦傷 戦災・その他 ()</p> <p>2 本人の居住環境等</p> <p>①生活場所 a 入院 : 退院予定日 (令和 年 月 日) 医療機関名 () b 施設入通所 : 施設名 () c 在宅</p> <p>②生活状況 a 主たる介護者 ・家族 {配偶者・父・母・息子・娘・子の配偶者・その他 () } 施設職員・ヘルパー・その他 () b 補装具の使用 : 有・無 ・車椅子 () ・上肢装具・下肢装具・杖・体幹装具 ・座位保持装置・その他 ()</p> <p>③その他 a 電動車椅子の保守点検管理・充電等を行う者 ・家族 {配偶者・父・母・息子・娘・子の配偶者・その他 () } 施設職員・ヘルパー・その他 () b 電動車椅子の保管場所 : 有 () ・無</p>	
<p>3 本人の身体状況 身長 cm 体重 kg (該当項目を○で囲む)</p> <p>1 座 する : a できる b シートベルトや体幹パットでできる c できない</p> <p>2 ベッドへの移乗 : a できる b 介助でできる c できない</p> <p>3 便座への移乗 : a できる b 介助でできる c できない</p> <p>4 褥 瘡 : a ない b しやすい c 現在ある</p> <p>5 車椅子(手動)操作 : a 平坦部 (できる 少しならばできる できない) b 坂道悪路 (できる 少しならばできる できない) c 介助度合 (不要 時々介助 概ね介助 全部介助)</p> <p>操作方法 : a 両手 b 片手(右・左)と片足 c 両足</p>	
<p>4 疾病・合併症等 (有 : 病名 、 無) 服薬 (有 : 薬名 、 無)</p> <p>5 電動車椅子の使用目的 ア室内にて使用 : 自宅内・施設内・職場内 イ屋外にて使用 : 通勤・通学・通所・通院・散歩・買物・その他 () ※ア・イそれぞれの1日及び週における使用頻度</p> <p>ウ電動車椅子使用時に坂道 : 有・無 エ電動車椅子操作経験 : 有・無 ※有の場合は、過去・現在どの程度練習を実施しているのか</p>	
<p>6 新規・再支給・修理を希望する理由</p> <p>7 型式・特別調整・付属品の必要性についての調査結果 (タイプを変更の場合は、変更理由を)</p> <p>8 電動車椅子を使用する乗車範囲の見取図及び1日・週間の生活状況 (生活場所、活動内容等 実際の生活状況が分かるもの) について ※別紙に添付をお願いします</p>	
<p>調査日 令和 年 月 日 市町村調査者氏名</p>	