

車椅子・電動車椅子のクッションの比較検討状況について

氏名: _____ 生年月日: 年 月 日(歳)

【クッション】

※ 注1 試用した(a)「告示に定められているクッション」、(b)「市販品のクッション」の比較検討状況について記載してください。

注2 試用するも、適合しなかったクッションについても記載してください。

(カタログに記載の一般的な内容ではなく、「対象者にとって」という個別の視点で記載すること。)

	部品名 (付属品 名)	特徴	試用期間・ 時間	希望理由・結果 (使用感や特に不都合があるところを具体的に記載す ること。)
記載例	(b) ベルモビーブ ル社 (ロホ・クア ドトロセレ クト ハイタ イプ)	体圧を分散し、摩擦と ずれを軽減します。空 気圧の調整が簡単で、 体の形状にフィットし、 組織の変形を最低限に 抑えます。	RO.O.O ～ RO.O.O (1日2時間)	感覚障害(感覚脱失)があり、褥瘡の危険性が高い。 試用した結果、臀部の発赤等も見られなくなった。 座位姿勢も安定していて問題なかった。
申請の クッション				
他に比較 検討した クッション				

※ 比較検討したクッションがない場合は、その理由を記載してください。

記入日: 年 月 日

記入者: (職種:)

電動車椅子（標準形）意見書

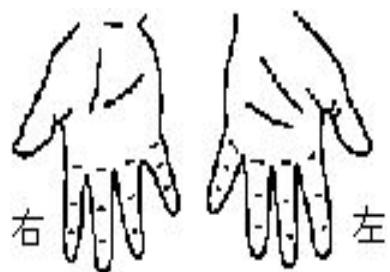
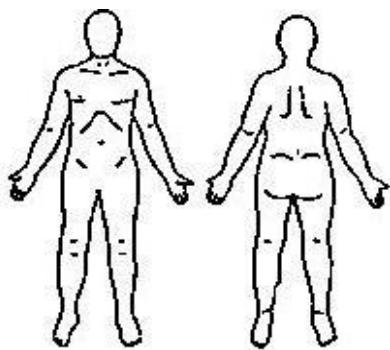
(令和7年7月改訂)

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の所見（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・痙攣性麻痺・拘縮・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

梗瘡

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 電動車椅子（標準形）処方 ※ 電動車椅子（標準形）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)

製作方式 モジュラー式（カタログを添付すること） レディメイド式（カタログを添付すること）

オーダーメイド式

※オーダーメイド式の場合、モジュラー式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					
	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 タイヤ	33. リチウムイオンバッテリ 34. ノーパンク
機構部品	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	キヤスター	35. 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	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		

※機構及び機構部品名（番号）、個数及び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い、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】

(カ ク バ シ 付 ヨ ン)	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(多脚つえ用) 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 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
			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 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)、個数及び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、又は市販のクッション(カタログに材質、構造及び価格が明記されているものに限り、平面形状型及びモールド型を除く。)が必要な場合は、この欄にカタログ等に明記された名称、個数及び必要理由を記載しカタログ等(写し)を添付すること。

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い、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)

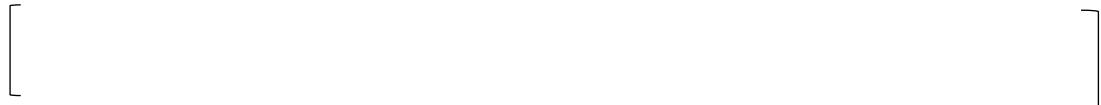
電動車椅子（簡易形）意見書

(令和7年7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の所見（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・痙攣性麻痺・固縮・不随意運動・振戦・運動失調・その他()

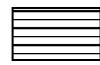
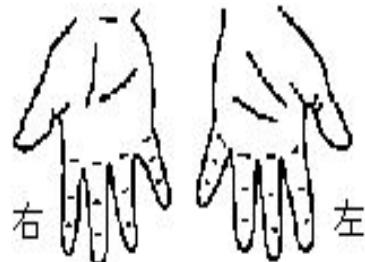
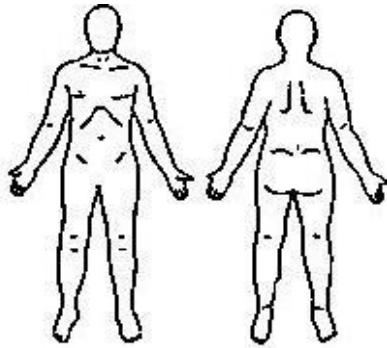
(4) 感覚障がい：(下記図示)：感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚・その他()・なし

(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）

他の医学的所見

日常生活動作状況（自立ー○ 半介助ー△ 全介助又は不能ー×）（ ）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 電動車椅子（簡易形）処方 ※ 電動車椅子（簡易形）処方箋にも必ず記載すること。

区分 切替式 アシスト式

※アシスト式で対応できない理由を記載すること



車椅子名称 自走用 介助用

車椅子製作方式 モジュラー式（カタログを添付すること） レディメイド式（カタログを添付すること）
 オーダーメイド式

※オーダーメイド式の場合、モジュラー式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 ツ 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	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
	操作スイッチ・バチャリー	06. バネ圧の変更 07. スイッチ延長	レ ッ グ フ ット サ ポ ー ト ・ 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. 介助用ブレーキ 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 ヤ ス タ	38. 衝撃吸収タイプ
					ハ ン ド リ ム	39. ステンレス 40. アルミ 41. ピッチ 30mm 超 42. 片手駆動

※機構及び機構部品名(番号)、個数及び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い、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 バ シ ヨ キ ）	01. 平面形状型 02. モールド型 03. ゲル素材使用 04. 多層構造又は立体編物 05. 滑り止め加工 06. 防水加工	背 ク ッ シ ヨ ン 座 板	16. クッションのみ 17. 滑り止め加工	その他	27. 呼吸器搭載台 28. 痰吸引機搭載台 29. 携帯用会話補助装置搭載台 30. 杖たて（一本杖用） 31. 杖たて（多脚つえ用） 32. テーブル（通常） 33. テーブル取付部品 34. カットアウトテーブル（通常） 35. カットアウトテーブル（表面クッション張り） 36. 泥よけ 37. スポークカバー 38. リフレクタ 39. 日よけ 40. 雨よけ 41. 高さ調整式手押しハンドル 42. ブレーキ延長レバー 43. ハンドリム滑り止め 44. ハンドリムノブ付き（通常） 45. ハンドリムノブ付き（垂直） 46. 酸素ボンベ固定装置 47. 栄養パック取付用ガードル架 48. 点滴ポール 49. 車載固定フック 50. レバーノブ各種形状
			18. 座板のみ 19. クッション一体型		
ヘ ッド サ ポ ー ト	独立構造	フ ント サ ポ ー ト	20. ヒールループ 21. アンクルストラップ 22. ステップカバー	その他	
	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	12. 体幹パッド 13. 骨盤パッド 14. 足部保持パッド 15 その他の姿勢保持部品	ベルト部品	23. 骨盤 24. 胸 25. 股 26. その他のベルト部品		

※付属品名（番号）、個数及び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、又は市販のクッション（カタログに材質、構造及び価格が明記されているものに限り、平面形状型及びモールド型を除く。）が必要な場合は、この欄にカタログ等に明記された名称、個数及び必要理由を記載しカタログ等（写し）を添付すること。

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い、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)

補装具費支給意見書（内部障害用）

(令和7年1月改訂)

(車椅子・電動車椅子用)

氏名	年月日生(歳)
原因となった疾病名	
参考となる経過・現症	
その他参考となる合併症状	
<p>車椅子・電動車椅子の必要性 ＊車椅子・電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない理由、歩行に著しい制限を受ける理由、歩行により症状の悪化をきたす理由等について、医学的所見を記載してください。</p>	
<p>使用効果見込み ＊車椅子・電動車椅子使用により可能となることを記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none">・屋内移動・屋外移動・介助が不要となる・その他（具体的に）	
上記のとおり意見する。	
年月日	
病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 医師氏名 (記名押印又は署名)	

電動車椅子（標準形）処方箋

(令和7年7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 (注)1	区分	<input type="checkbox"/> 低速用 (4.5 km/h) <input type="checkbox"/> 中速用 (6.0 km/h)			
	製作方式	<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 ※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。			
加算要素 機構部品	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			
	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	<input type="checkbox"/> シールドバッテリ(標準) <input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリ			
	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			
	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			
	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"/> 拳上・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			
	キャスター	<input type="checkbox"/> エアー(標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク			

電動車椅子（標準形）処方箋

加 算 要 素	付 属 品	クッション (カバー付き)	<input type="checkbox"/> 平面形状型	<input type="checkbox"/> モールド型	
			(加算項目) <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造又は立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工		
		姿勢保持部品	<input type="checkbox"/> 体幹パッド(右・左)	<input type="checkbox"/> 骨盤パッド(右・左)	
			<input type="checkbox"/> 足部保持パッド(右・左)	<input type="checkbox"/> その他 ()	
		座板	<input type="checkbox"/> 座板のみ		
			(加算項目) <input type="checkbox"/> クッション一体型		
		背クッション	<input type="checkbox"/> 背クッションのみ		
			(加算項目) <input type="checkbox"/> 滑り止め加工		
		ヘッドサポート	独立構造	<input type="checkbox"/> 着脱式 (枕含む)	<input type="checkbox"/> マルチタイプ (枕含む)
				(加算項目) <input type="checkbox"/> 枕オーダーメイド変更	
フットサポート	枕のみ	<input type="checkbox"/> 枕 (オーダーメイド)	<input type="checkbox"/> 枕 (レディメイド)		
		<input type="checkbox"/> ヒールループ(右・左) <input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左) <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左)			
ベルト部品		<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 胸	<input type="checkbox"/> 股	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 携帶用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 杖立て(一本杖用) <input type="checkbox"/> 杖立て(多脚杖用) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> リフレクタ (個) <input type="checkbox"/> 車載固定フック (個) <input type="checkbox"/> テーブル(通常) <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 (個) <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル(通常) <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル(表面クッション張り) <input type="checkbox"/> レバーノブ各種形状 () <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 手動スイングアーム <input type="checkbox"/> 手動チンコントロール一式 <input type="checkbox"/> 電動チンコントロール一式					
【※上記以外の付属品、クッションが必要な場合、名称、個数を正確に記載すること。】					
【電動車椅子採寸表】 ※必ず記載すること。					
• 座幅 () cm • 座奥行 () cm • バックサポート長 () cm • アームサポート高 () cm • 前座高 () cm • 後座高 () cm					
処 方	年 月 日 医療機関・診療科名 医師名 (記名押印又は署名)	製作予定事業者名 (担当者名 :)			
		種目名称別コード			

電動車椅子（簡易形）処方箋

(令和7年7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, 3が前回と同じ場合) <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	※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。					
車椅子	名称(注)1	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用					
	製作方式(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 ※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。					
	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					
加算要素	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	<input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリ(標準) <input type="checkbox"/> ニッケル水素バッテリ				
		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				
		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"/> 拳上・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	<input type="checkbox"/> 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)				
			<input type="checkbox"/> 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"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ				
		タイヤ	<input type="checkbox"/> エアー(標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク				
キャスター	<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						

電動車椅子（簡易形）処方箋

加算要素	付属品	クッション (カバー付き)	<input type="checkbox"/> 平面形状型	<input type="checkbox"/> モールド型	
			(加算項目) <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造又は立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工		
		姿勢保持部品	<input type="checkbox"/> 体幹パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 骨盤パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 足部保持パッド(右・左) <input type="checkbox"/> その他()		
		座板	<input type="checkbox"/> 座板のみ		
			(加算項目) <input type="checkbox"/> クッション一体型		
		背クッション	<input type="checkbox"/> 背クッションのみ		
			(加算項目) <input type="checkbox"/> 滑り止め加工		
		ヘッドサポート	独立構造	<input type="checkbox"/> 着脱式(枕含む)	<input type="checkbox"/> マルチタイプ(枕含む)
				(加算項目) <input type="checkbox"/> 枕オーダーメイド変更	
ベルトサポート	枕のみ	<input type="checkbox"/> 枕(オーダーメイド)	<input type="checkbox"/> 枕(レディメイド)		
フットサポート		<input type="checkbox"/> ヒールループ(右・左)	<input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左)	<input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左)	
ベルト部品		<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 胸	<input type="checkbox"/> 股	<input type="checkbox"/> その他()
<p>□呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/>痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/>携帯用会話補助装置搭載台</p> <p>□杖立て(一本杖用) <input type="checkbox"/>杖立て(多脚杖用) <input type="checkbox"/>ブレーキ延長レバー <input type="checkbox"/>高さ調整式手押しハンドル</p> <p>□ハンドリム滑り止め <input type="checkbox"/>ハンドリムノブ付き(通常) <input type="checkbox"/>ハンドリムノブ付き(垂直)</p> <p>□泥よけ <input type="checkbox"/>スキークカバー <input type="checkbox"/>リフレクタ(個) <input type="checkbox"/>日よけ <input type="checkbox"/>雨よけ</p> <p>□テーブル(通常) <input type="checkbox"/>テーブル取付部品(個) <input type="checkbox"/>カットアウトテーブル(通常)</p> <p>□カットアウトテーブル(表面クッション張り) <input type="checkbox"/>栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/>点滴ポール</p> <p>□酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/>車載固定フック(個) <input type="checkbox"/>レバーノブ各種形状()</p>					
<p>【※上記以外の付属品、クッションが必要な場合、名称、個数を正確に記載すること。】</p>				<p>【電動車椅子採寸表】</p> <p>※必ず記載すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 座幅 () cm • 座奥行 () cm • バックサポート長 () cm • アームサポート高 () cm • 前座高 () cm • 後座高 () cm 	
処方	<p>年 月 日</p> <p>医療機関・診療科名</p> <p>医師名 (記名押印又は署名)</p>	製作予定事業者名			
		(担当者名 :)			項目名称別コード

電動車椅子判定依頼調査書

(ふりがな) 氏名	生年月日 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 (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 (姿勢) 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) ①座る : 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 ②ベッドへの移乗 : a できる b 介助でできる c できない ③便座への移乗 : a できる b 介助でできる c できない ④襦袢 : a ない b できやすい c 現在ある 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) 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日及び週においての使用頻度</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 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 ※別紙に添付お願いします</p> <p>8 「補装具の支給対象となる補装具の個数は、原則1種目につき1個」の説明及び了承 (済・未)</p>	
調査日 年 月 日 市町村調査者氏名	