

7. 車いす・座位保持装置の種類 *身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。

(1) 種類を選択してください。

レイメイト オーダーメイト 電動車いす 座位保持装置 座位保持装置(車いすフレーム)

(2) 車いす及び座位保持装置の車いすフレームの仕様を選択してください。

普通型 リクライニング式普通型 ティルト式普通型 リクライニング・ティルト式普通型

手動リフト式普通型 前方大車輪型 リクライニング式前方大車輪型 片手駆動型

リクライニング式片手駆動型 レバー駆動型 手押し型 (A・B) リクライニング式手押し型

ティルト式手押し型 リクライニング・ティルト式手押し型 その他 ()

(3) 上記で選択した車いす・座位保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

メーカー名 _____ / 機種名 _____

8. 工作的工夫とその理由 *該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。

身体サイズ 障害状況 使用環境 その他 ()

理由： _____

9. オプションとそれらが必要な理由 *該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。

座面クッション 【商品名： _____】

理由： _____

体幹保持クッション 【商品名： _____】

理由： _____

その他 [_____]

理由： _____

10. 補装具使用による効果の見込み

上記のとおり、診断します。

年 月 日 医療機関 _____
診療科・医師名 _____