

【処方】

基本構造	採型区分	頭・頸部 <input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	上肢（右・左） <input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	体幹部 <input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	下腿・足部（右・左） <input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型
	構造フレーム	<input type="checkbox"/> 木製 <input type="checkbox"/> 金属製 <input type="checkbox"/> 完成用部品（ ） <input type="checkbox"/> (電動)車椅子機能（ ） <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> 昇降機構 <input type="checkbox"/> 角度調整用部品（ ） <input type="checkbox"/> リクライニング機構				
支持部	頭部	<input type="checkbox"/> 頭部支え	上肢（片側）	<input type="checkbox"/> 上肢支え（右・左）	<input type="checkbox"/> 前腕・手部支え（右・左）	
	体幹部	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型				
	骨盤・大腿部	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型				
	下腿部(片側)	<input type="checkbox"/> 下腿支え（右・左）				
	足部(片側)	<input type="checkbox"/> 足台（右・左）	加 算		<input type="checkbox"/> フレックス構造（部位： ）	
支持部の連結	頸部	<input type="checkbox"/> 固定				
	腰部(片側)	<input type="checkbox"/> 固定（ ） <input type="checkbox"/> 遊動（ ） <input type="checkbox"/> 角度調整用部品（機械式・ガス圧式・電動式）（ ）				
	膝部(片側)	<input type="checkbox"/> 固定（ ） <input type="checkbox"/> 遊動（ ） <input type="checkbox"/> 角度調整用部品（機械式・ガス圧式・電動式）（ ）				
	足部(片側)	<input type="checkbox"/> 固定（ ） <input type="checkbox"/> 遊動（ ） <input type="checkbox"/> 角度調整用部品（機械式・ガス圧式・電動式）（ ）				
付属品	テーブル	<input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> クッション張り <input type="checkbox"/> テーブル取付部品（ ）				
	上肢保持	<input type="checkbox"/> アームサポート(右・左) <input type="checkbox"/> 肘パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 縦型グリップ(右・左) <input type="checkbox"/> 横型グリップ(右・左)				
	体幹保持	<input type="checkbox"/> 頭頸部パッド <input type="checkbox"/> 肩パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 胸パッド <input type="checkbox"/> 胸受けロール <input type="checkbox"/> 体幹パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 腰部パッド				
	骨盤保持	<input type="checkbox"/> 骨盤パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 臀部パッド				
	下肢保持	<input type="checkbox"/> 内転防止パッド <input type="checkbox"/> 外転防止パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 膝パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 下腿保持パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 足部保持パッド(右・左)				
	ベルト	<input type="checkbox"/> 肩ベルト(右・左) <input type="checkbox"/> 腕ベルト(右・左) <input type="checkbox"/> 手首ベルト(右・左) <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 骨盤ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> 大腿ベルト(右・左) <input type="checkbox"/> 膝ベルト(右・左) <input type="checkbox"/> 下腿ベルト(右・左) <input type="checkbox"/> 足首ベルト(右・左)				
	支持部カバー	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部(右・左) <input type="checkbox"/> 足部(右・左) <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 脱着式				
	内張り	<input type="checkbox"/> アームサポート(右・左) <input type="checkbox"/> テーブル				
	体圧分散補助素材	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部(右・左) <input type="checkbox"/> 足部(右・左)				
	キャスター	<input type="checkbox"/> 標準（ ） <input type="checkbox"/> 多機能（ ）				
	その他	<input type="checkbox"/> 介助用グリップ(右・左) <input type="checkbox"/> ストッパー <input type="checkbox"/> 高さ調整用台座				
調節機構	高さ調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 体幹支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部(右・左) <input type="checkbox"/> アームサポート(右・左)				
	前後調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部(右・左)				
	角度調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> テーブル				
	脱着機構	<input type="checkbox"/> 体幹パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 骨盤パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 膝パッド(右・左) <input type="checkbox"/> アームサポート(右・左) <input type="checkbox"/> 内転防止パッド				
	開閉機構	<input type="checkbox"/> アームサポート(右・左) <input type="checkbox"/> 足部支持部(右・左)				
《 特記事項 》 ※ティルト機構等の構造や完成用部品及び車椅子付属品が必要な場合は、品名と理由を記載してください。						
上記のとおり意見、処方する。			所在地			
年 月 日			医療機関名			
(自署又は記名押印)			医師氏名			
上記処方により医学的に適合したことを証明する。			所在地			
年 月 日			医療機関名			
(自署又は記名押印)			医師氏名			
年 月 日			職・氏名			
製品検査						