処方箋（車椅子）

【処方箋様式12】

令和６年４月

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** |  | | **住所** | | （　市・区・町・村　） | |
| **■日常生活活動の様子** | | | | | | |
| 座位保持能力 | | 手の支持なしで座位可能　　手の支持で座位可能　　座位不能 | | | | |
| 車椅子乗車時間（１日） | | ６時間以上　　３～６時間　　１時間～３時間　　１時間以内 | | | | |
| 車椅子の操作方法 | | 両上肢　　両下肢　　両上下肢　　片側上肢　　片側下肢　　片側上下肢 | | | | |
| 車椅子の自走 | | 可能　　　m　　不可能 | | | | |
| 座りなおし・除圧 | | 可能　　プッシュアップ等により除圧可能　　不可能 | | | | |
| 体幹の変形・傾き | | 無　　有（側弯　後弯　前弯　円背）　　傾き有（側方　前方　後方） | | | | |
| 感覚障害（殿部等） | | 無　　有（軽度　重度　脱失） | | | | |
| 疼痛の有無・部位 | | 無　　有（腰部　背部　殿部　上肢　肩　その他：　　　　　　　　） | | | | |
| 褥瘡 | | 無　　有（部位：　　　　　　　　）　既往有（部位：　　　　　　　　） | | | | |
| 起立性低血圧等 | | 無　　有（起立性低血圧　てんかん発作）頻度：　　　回／日・週・月 | | | | |
| 移乗 | | 自立　　一部介助　　全介助 | | | | |
| 歩行 | | 自立　　介助・見守り　　不可能 | | | | |
| 杖の使用 | | 無　　有（Ｔ字杖　ロフストランド杖　松葉杖　その他：　　　　　　　　） | | | | |
| 知的障害 | | 無　　有（療育手帳：Ａ　Ｂ） | | | | |
| その他の障害 | | 無　　有（認知症　半側空間失認等　視覚障害　その他：　　　　　　　　） | | | | |
| **■身体寸法等** | | | | **■車椅子寸法** | | |
| C:\Users\2010295hi\Desktop\無題.jpg | | | | 床から座（前） | | cm |
| 〃　（後） | | cm |
| 座幅 | | cm |
| 座奥行 | | cm |
| 座から肘 | | cm |
| 背もたれ | | cm |
| 身長：　　　　　cm　　体重：　　　　　kg | | | | 駆動輪径 | | インチ |
| 握力：右　　　　　kg　　左　　　　　kg | | | | キャスター径 | | インチ |
| **■必要と認める車椅子の処方内容** | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | メーカー：　　　　　　　　　　品番：　　　　　　　　　〖モジュラー式　オーダーメイド式　レディメイド式〗 | | | | | ●基本価格 | | 標準（上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部）　　頭頚部　　　　〖２台同時　　再支給〗 | | | ●本体価格 | | 自走用　　介助用 | | | ●加算要素 | |  | | | 【機構加算】 | | | | |  | リクライニング機構　　ティルト機構　　ティルト・リクライニング機構　　リフト機構 | | | | 必要な理由： | | | | | 【構造部品加算】　※複数必要な項目には『×』の次に数量を記載してください | | | | |  | 基本構造 | | 後方大車輪（標準）　　前方大車輪　　６輪構造　　幅止め× | |  | シート | | スリング式（標準）　　張り調整式　　板張り式　　奥行調整構造 | |  | バックサポート | | スリング式（標準）　　張り調整式　　ワイドフレーム　　バックサポート延長  高さ調整構造　　背座角度調整構造　　背折れ構造 | |  | フット・レッグサポート（片側） | | 固定式（標準）　　挙上式×　　　　　着脱式×　　　　　開閉着脱式×  挙上・開閉脱着式×　　　　　レッグベルト全面張り | |  | フットサポート | | セパレート式（標準）　　セパレート式（二重折込式）　　中折式  前後調整構造×　　　　　角度調整構造×　　　　　左右調整構造× | |  | アームサポート（片側） | | フレーム一体型　　独立型 | |  |  | | 固定式（一体型：標準）×　　　　　跳ね上げ式×　　　　　着脱式×  高さ調整構造×　　　　　角度調整構造×  アームサポート幅広構造×　　　　　アームサポート延長構造× | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | ブレーキ | | 駐車ブレーキ（標準）　　キャリパーブレーキ　　フットブレーキ | | | |  | 駆動輪・主輪 | | 固定式（標準）　　着脱式　　車軸位置調整構造　　キャンバー角度変更  片手駆動構造　　レバー駆動構造 | | | |  | タイヤ | | エア（標準）　　ノーパンク | | | |  | キャスタ | | ソリッド（標準）　　衝撃吸収タイプ | | | |  | ハンドリム（片側） | | プラスチック（標準）　　ステンレス×　　　　　アルミ×  ピッチ30mm以上×　　　　　片手駆動構造 | | | | 【付属品】 | | | | | 必要な理由（付属する項目については記載してください） | |  | クッション（カバー付き） | 平面形状型　モールド型 | | ： |  | | ゲル素材使用　多層構造又は立体編使用 | | ： |  | | 滑り止め加工　防水加工 | | ： |  | |  | 座板（クッション一体型） | | | ： |  | |  | 背クッション（滑り止め加工） | | | ： |  | |  | ヘッドサポート | 着脱式　マルチタイプ | | ： |  | | 枕（オーダー　レディ） | | ： |  | | 着脱式・マルチタイプ枕オーダー | | ： |  | | フットサポート | ヒールループ× | | ： |  | | アンクルストラップ× | | ： |  | | ステップカバー× | | ： |  | | テーブル（テーブル取付部品×　　　） | | | ： |  | | 転倒防止装置 | パイプ×　　　　キャスタ付き× | | ： |  | | 折りたたみ構造× | | ： |  | | 搭載台× | | | ： |  | | 車載固定用フック× | | | ： |  | | 杖たて（一本杖　多脚つえ） | | | ： |  | | 酸素ボンベ固定装置× | | | ： |  | | 栄養パック取付用ガードル架×　　　　点滴ポール× | | | ： |  | | 日よけ×　　　　雨よけ× | | | ： |  | | 泥よけ× | | | ： |  | | スポークカバー× | | | ： |  | | リフレクタ× | | | ： |  | | 高さ調整式手押しハンドル× | | | ： |  | | ブレーキ延長レバー× | | | ： |  | |  | ハンドリム | 滑り止め× | | ： |  | |  | ノブ付き×　　　　垂直ノブ× | | ： |  | | ※姿勢保持装置基準の付属品が必要な場合には別紙に記載してください | | | | | | |
| 使用効果見込み |
| 処方箋作成日　　令和　　年　　月　　日　　　医師氏名 |

※意見書作成医師は，仮合わせ・適合判定も行う必要があります。

※「記入上の注意」（別紙）を参照してください。

宮城県リハビリテーション支援センター　ウェルポートせんだい

**■姿勢保持装置基準の付属品**

**別紙**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 【付属品】 | | | | 必要な理由（付属する項目については記載してください） | |  | 完成用部品（骨盤・大腿部） | |  |  | |  | 商品名又は品番： | | ： |  | |  | テーブル | カットアウトテーブル　テーブル取付部品× | ： |  | | 表面クッション張り | ： |  | |  | 保持部品 | 体幹パッド（片側）× | ： |  | | 腰部パッド | ： |  | | 骨盤パッド（片側）× | ： |  | | その他： | ： |  | |  | ベルト部品 | 胸ベルト | ： |  | | 骨盤ベルト | ： |  | | 股ベルト | ： |  | | 大腿ベルト（片側）× | ： |  | | 下腿ベルト（片側）× | ： |  | | 足首ベルト（片側）× | ： |  | | その他： | ： |  | |

**【記入上の注意】**

　１．各項目について，該当する箇所を☑し，下線部には数値等を記載してください。

　　　また，その他は具体的に記載してください。

　２．加算要素の【機構加算】が必要な場合には，理由を記載してください。

３．加算要素の【付属品】を付属する場合には，付属する項目が必要な理由を記載してください。

４．必要とする車椅子の使用効果見込みを記載してください。

　５．「姿勢保持装置基準の付属品」が必要な場合には，別紙についても記入してください。

また，付属する項目が必要な理由を記載してください。

　６．記載内容について，お問い合わせをする場合があります。