

(車椅子・電動車椅子・座位保持装置) 評価票

ふりがな 氏名	M・T・S・H・R 年 月 日生(歳)
障害名	(種 級) 難病に該当する場合 (疾患名:)
車椅子の 種類	<input type="checkbox"/> 自走型 (普通型・リクライニング式・ティルト式・リクライニング・ティルト式) <input type="checkbox"/> 手押型 (普通型・リクライニング式・ティルト式・リクライニング・ティルト式) <input type="checkbox"/> その他 ()
電動車椅子の 種類	<input type="checkbox"/> 普通型 (4.5km・6.0km) <input type="checkbox"/> 簡易型 (切り替え式・アシスト式) <input type="checkbox"/> 電動型 (リクライニング式・リフト式・ティルト式・リクライニング・ティルト式) <input type="checkbox"/> その他 ()
本体につ いて工夫 の内容	<input type="checkbox"/> 工夫は不要 (→具体的な製品) <input type="checkbox"/> 工夫が必要である <障害状況と車椅子の工夫内容について具体的に記入>
特記事項	付属品 (クッションの有無や材質、シートベルト、介助者用ブレーキ、杖置き等)、その他留意事項を記入 座幅_____cm 座奥行_____cm 前座高_____cm 後座高_____cm 耐荷重_____kg
<p>以上のとおり評価します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属 職種 氏名</p> <p>(連絡先)</p>	