医療専門職作成　　　　　　　　　　　　　　　　　　　車椅子・電動車椅子・座位保持装置用　様式３

**（車椅子・電動車椅子・座位保持装置）評価票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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 | □　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）□　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）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電動車椅子の種類 | □普通型（4.5km・6.0km）　□簡易型（切り替え式・アシスト式）□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）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本体について工夫の内容 | □　工夫は不要（→具体的な製品　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　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 |
| 以上のとおり評価します。　　　令和　　年　　　月　　日　　　　　　　　所　属　　　　　　　　　　　職種　　　　　　　氏名　　　　　　　（連絡先） |