

## 車椅子処方意見書(心臓機能障害・呼吸器機能障害)

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 )

住所 \_\_\_\_\_

原傷病名 \_\_\_\_\_

1 臨床所見  
 ア 動悸 ( 有 ・ 無 ) イ 息切れ ( 有 ・ 無 ) ウ 呼吸困難 ( 有 ・ 無 )  
 エ 胸痛 ( 有 ・ 無 ) オ 血痰 ( 有 ・ 無 ) カ チアノーゼ ( 有 ・ 無 )  
 キ 浮腫 ( 有 ・ 無 ) ク 心拍数 ( ) ケ 脈拍数 ( )  
 コ 呼吸数 ( ) サ 血圧 上肢 ( 最大 最小 ) 下肢 ( 最大 最小 )  
 シ 他所見 ( )

2 既往症  
 ア 心筋梗塞 ( 有 ・ 無 ) イ 狭心症 ( 有 ・ 無 ) ウ 心臓弁膜症 ( 有 ・ 無 )  
 エ 失神発作 ( 有 ・ 無 ) オ その他 ( )

3 胸部X線所見 ( 年 月 日 )  
 ア 胸膜癒着 ( 無 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 高度 ) イ 気腫化 ( 無 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 高度 )  
 ウ 繊維化 ( 無 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 高度 ) エ 不透明肺 ( 無 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 高度 )  
 オ 胸郭変形 ( 無 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 高度 ) カ 心・縦隔変形 ( 無 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 高度 )

4 心電図所見 ( 年 月 日 )  
 ア 陳旧性心筋梗塞 ( 有 ・ 無 )  
 イ 房室ブロック ( 無 ・ 有 第 度 )  
 ウ 不整脈 ( 有 ・ 無 ) ある者では心電図所見(例えば年月日)  
 エ その他の心電図異常所見



5 換気機能 ( 年 月 日 )  
 ア 予測肺活量 ( ml ) イ 1秒量 ( ml ) ウ 予測肺活量1秒率 ( % ) = イ / ア × 100  
 エ 予測肺活量1秒率

6 血液ガス分析所見 ( 年 月 日 ) (但しRoom Air:FiO2= % )  
 ア PaO2 ( mmHg ) イ PaCO2 ( mmHg ) ウ SaO2 ( % ) エ pH ( )

7 心臓カテーテル検査所見 ( 年 月 日 )

区 分	右心房	右心室	肺動脈	肺動脈楔入圧	左心房	左心室	大動脈	心拍出量
圧mmHg	/	/	/	/	/	/	/	
血液酸素飽和度	%	%	%	%	%	%	%	l/min

8 トレッドミル負荷試験 ( 年 月 日 )  
 grade ( ) ※ 1の場合【テスト時間 ( 分 ) 運動中酸素消費量 ( METS )】

9 活動能力の程度(心臓のみ)  
 ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの、又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。  
 イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。  
 ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの。  
 エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの、又は頻回に頻脈発作を起し、救急医療を繰返し必要としているもの。  
 オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起るもの、又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

10 活動能力の程度(呼吸器のみ)  
 ア 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりならのぼれる。  
 イ 階段をゆっくりでものぼれないが、途中休みながらのぼれる。  
 ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。  
 エ ゆっくりでも歩くと息切れがする。  
 オ 息苦しくて身のまわりのこともできない。

11 在宅O2療法 ( 有 ・ 無 )

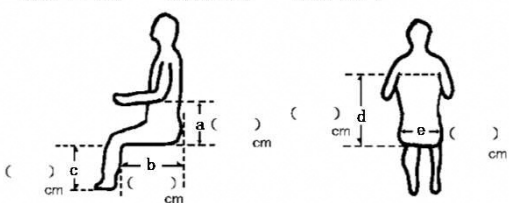
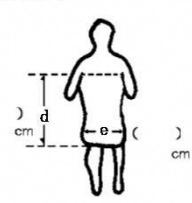
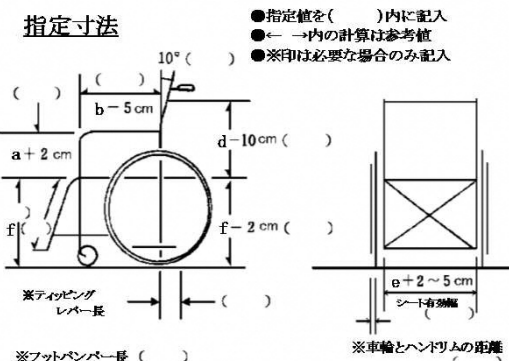
12 車椅子処方  
 a 車椅子レディメイド(標準規格品) 製品名: \_\_\_\_\_ ※カタログを添付してください。  
 b 付属品( \_\_\_\_\_ )

13 総合意見(効果見込み等を具体的に記載してください。)

令和 年 月 日 所在地 医療機関名 診療科名 医師名 (記名押印又は署名)	製作予定業者名 種目名称別コード
---	---------------------

車椅子処方箋

※オーダーメイドの場合のみ記載

氏名		生年月日		T・S・H・R 年 月 日 ( ) 歳		
住所			TEL			
医学的所見	疾患名	身長 体重	cm / kg	職業 (具体的に)		
	障害名	移乗 能力	自立・半介助・介助	主な使用場所	屋内 屋外 屋内外	
名称	1. 普通型		6. リクライニング式前方大車輪型		11. 手押し型 A・B	
	2. リクライニング式普通型		7. 手動リフト式普通型		12. リクライニング式手押し型	
フレーム	3. ティルト式普通型		8. 片手駆動型(右・左)		13. ティルト式手押し型	
	4. リクライニング・ティルト式普通型		9. リクライニング式片手駆動型(右・左)		14. リクライニング・ティルト式手押し型	
	5. 前方大車輪型		10. レバー駆動型		15. その他( )	
	材質: 鉄・ステンレス・軽合金・その他( )		駆動輪	1. 径: 18・20・22・24インチ・その他( ) 3. タイプ: 空気入り・ノーバンク		
	特記事項( )		2. ホール材質: 鉄・ステンレス・軽合金・その他( )			
キャスター	1. 径: 5・6・7・8インチ		ハンド リム	1. 材質: 鉄・ステンレス・軽合金・樹脂・その他( )		
	2. 形状: ソリッド PU・ソフトフォーム 屋外用(エア式)			4. 滑り止め: ゴム・皮革・ビニールコーティング その他( )		
バックサポ ート	1. 固定式		アーム サポ ート	1. 固定式 2. デスク型		
	2. 延長バックサポート			3. 高さ角度調整式		
レッグ サポ ート	3. 張り調整式		レッグ サポ ート	1. 固定式		
	4. 高さ調整式			2. 脱着式		
フット サポ ート	5. 背折れ機構		フット サポ ート	3. 挙上式		
	6. 背座間角度調整			4. 開閉挙上式		
材質	7. ヘッドサポートベース(枕含む)		材質	5. 開閉・脱着式		
	8. 枕(オーダー・レディ)			6. 伸縮式		
その他	9. その他( )		7. 他( )		1. 調整なし	
					2. 前後調整(片・両)	
ブレーキ	1. レバー式 a)平板 b)丸棒		延長 右 左	1. 標準		
	2. トグル式			2. ソリッド式(座板)		2. 角度調整(片・両)
付属品	3. その他( )		右 左	3. 張り調整		
				4. 座奥行き調整		3. 角度調整(片・両)
オプション	1. テーブル <input type="checkbox"/> 上肢の筋力低下により一般のテーブルでは食事をとることが難しい者		右 左	a) 両側兼用		
	<input type="checkbox"/> 日常生活や職業上必要とする者			b) 片側独立		4. 左右調整(片・両)
オプション	2. シートベルト <input type="checkbox"/> 腰ベルト <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト		右 左	1. 両側兼用		
	<input type="checkbox"/> その他( )			2. 片側独立		5. 開閉・着脱式
オプション	3. クッション <input type="checkbox"/> クッション( )cm		右 左	2. 伸縮式		
	<input type="checkbox"/> ホリエステル・ウレタン多層構造・立体編物構造			7. 他( )		6. その他( )
オプション	<input type="checkbox"/> ゲル・ウレタン多層構造		右 左	1. 調整なし		
	<input type="checkbox"/> 単一空気量調整 <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造			2. 前後調整(片・両)		3. 角度調整(片・両)
オプション	<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿骨部サポート)		右 左	3. 挙上式		
	<input type="checkbox"/> クッションカバー <input type="checkbox"/> クッション滑り止め			4. 開閉挙上式		4. 左右調整(片・両)
オプション	<input type="checkbox"/> フローテーションパッド		右 左	5. 開閉・脱着式		
	※クッション選択に関する特記事項( )			6. 伸縮式		5. 開閉・着脱式
オプション	5. キャリパーブレーキ		右 左	7. 他( )		
	6. フットブレーキ			1. 両側兼用		6. その他( )
オプション	7. 泥よけ(右・左)		右 左	2. 片側独立		
	8. スポークカバー(右・左)			3. 両側兼用		1. 調整なし
オプション	9. 車軸位置調整		右 左	4. 片側独立		
	10. 大車輪着脱ハブ交換			5. 両側兼用		2. 前後調整(片・両)
オプション	11. サイドガード		右 左	6. 伸縮式		
	12. 転倒防止装置(先ゴム・キャスター) その他			7. 他( )		3. 角度調整(片・両)
オプション	13. 屋外用キャスター(エア式)		右 左	8. 伸縮式		
	14. ステッキホルダー(1本・2本)			1. 調整なし		4. 左右調整(片・両)
オプション	15. 点滴ポール		右 左	2. 脱着式		
	16. 酸素ボンベ固定装置			3. 挙上式		5. 開閉・脱着式
オプション	17. 人工呼吸器搭載台		右 左	4. 開閉・脱着式		
	18. 携帯用会話補助装置搭載台			5. 開閉・脱着式		6. 伸縮式
オプション	19. 栄養バック取り付け用ガードル架		右 左	6. 伸縮式		
	20. 痰吸引器搭載台			7. 他( )		7. 他( )
処方	処方年月日 令和 年 月 日		右 左	8. 伸縮式		
	医療機関・診療科名			1. 調整なし		8. 伸縮式
処方	医師名		右 左	2. 前後調整(片・両)		
	(記名押印又は署名)			3. 角度調整(片・両)		9. 左右調整(片・両)
測定寸法			測定値を( )内に記入			
						
指定寸法						
<p>●指定値を( )内に記入 ●←→内の計算は参考値 ●※印は必要な場合のみ記入</p>			<p>※ティップイン レバー長 ( )</p> <p>※フットメンバー長 ( )</p> <p>※車輪とハンドリムの距離 ( )</p>			
特記事項、使用者の希望事項など記述すること						
種目名称別コード						
処方年月日 令和 年 月 日			製作者者予定名			
医療機関・診療科名						
医師名						
(記名押印又は署名)			担当者 ( )			