様式第２号の３（第3条関係）

**車椅子取扱調書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 | （担当者：　　　　　　　　　　） |

1　車椅子の製作・修理・貸付けをどの程度行えるか（いずれかに○）

ア　製作・修理・貸付け業務のすべてを自社で行える。

イ　製作はできないが、修理・貸付けは自社で行える。

ウ　製作・修理とも自社で行えない。

エ　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

2　1でアを選んだ事業者の方は記入してください。

　（1）主たる機械・工具類

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 数量 | 名　　称 | 数量 | 名　　称 | 数量 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　（2）車椅子を主として製作・修理する技術者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 経験年数 | 修業したところ | その他特記事項 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（1）3　1でア、イを選んだ事業者の方は記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 修理の部品 | 可 | 不可 | 委託先（業者名） | 納入日数 |
| 背当シート交換 |  |  |  |  |
| 肘当交換 |  |  |  |  |
| 座布交換 |  |  |  |  |
| クッション交換 |  |  |  |  |
| クッション（ﾎﾟﾘｴｽﾃﾙ繊維、ｳﾚﾀﾝﾌｫｰﾑ等の多層構造のもの）交換 |  |  |  |  |
| クッション（ｹﾞﾙとｳﾚﾀﾝﾌｫｰﾑの組合せのもの）交換 |  |  |  |  |
| クッション（ﾊﾞﾙﾌﾞを開閉するだけで空気量を調節するもの）交換 |  |  |  |  |
| フローテーションパッド交換 |  |  |  |  |
| クッション（特殊な空気室構造のもの）交換 |  |  |  |  |
| キャスター（大）交換 |  |  |  |  |
| キャスター（小）交換 |  |  |  |  |
| ハンドリム交換 |  |  |  |  |
| 座席昇降ハンドルユニット交換 |  |  |  |  |
| 座席昇降チェーン交換 |  |  |  |  |
| 座席昇降メカユニット交換 |  |  |  |  |
| リーム交換 |  |  |  |  |
| レッグレスト交換 |  |  |  |  |
| フットレスト交換 |  |  |  |  |
| スカートガード交換 |  |  |  |  |
| タイヤ交換 |  |  |  |  |
| チューブ交換 |  |  |  |  |
| ブレーキ交換 |  |  |  |  |
| シートベルト交換 |  |  |  |  |
| テーブル交換 |  |  |  |  |
| スポークカバー交換 |  |  |  |  |
| 塗装 |  |  |  |  |
| 夜光材交換 |  |  |  |  |
| 夜光反射板交換 |  |  |  |  |
| バックレストパイプ交換 |  |  |  |  |
| バックレストパイプ取付部品交換 |  |  |  |  |
| アームレスト交換 |  |  |  |  |
| ハブ取付部品交換 |  |  |  |  |
| キャスター取付部品交換 |  |  |  |  |
| フレーム（サイドベース）交換 |  |  |  |  |
| フレーム（サイド拡張）交換 |  |  |  |  |
| フレーム（サイド拡張）取付部品交換 |  |  |  |  |
| フレーム（折りたたみ）交換 |  |  |  |  |
| ハブ用スプリング交換 |  |  |  |  |

（2）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 修理の部品 | 可 | 不可 | 委託先（業者名） | 納入日数 |
| ステッキホルダー（杖たて）交換 |  |  |  |  |
| 泥よけ交換 |  |  |  |  |
| 屋外用キャスター（エアー式等）交換 |  |  |  |  |
| 転倒防止用装置交換 |  |  |  |  |
| 滑り止めハンドリム交換 |  |  |  |  |
| キャリパーブレーキ交換 |  |  |  |  |
| フットブレーキ（介助者用）交換 |  |  |  |  |
| 携帯用会話補助装置搭載台交換 |  |  |  |  |
| 酸素ボンベ固定装置交換 |  |  |  |  |
| 人工呼吸器搭載台交換 |  |  |  |  |
| 栄養パック取り付け用ガートル架交換 |  |  |  |  |
| 点滴ポール交換 |  |  |  |  |

4　1でイ、ウを選んだ事業者の方は記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 製作委託事業者名 | 住　　　所 | 納入日数 | オーダーレディ | 契約年数 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（3）