

## 車椅子取扱調書

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

## 1 車椅子の製作・修理をどの程度行えるか (いずれかに○)

ア 製作・修理業務のすべてを自社で行える。

イ 製作はできないが、修理は自社で行える。

ウ 製作・修理とも自社で行えない。

## 2 1でアを選んだ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

3 1でア、イを選んだ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
背布交換				
アームサポート交換				
座布交換				
クッション交換（既製品）				
クッション交換（オーだメイド）				
キャスター交換				
キャスター取付部品交換				
ハンドリム交換				
レッグサポート交換				
フットサポート交換				
駆動輪交換				
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				
リフレクタ交換				
バックサポートパイプ交換				
バックサポートパイプ取付部品交換				
ハブ取付部品交換				
杖たて交換				
泥よけ交換				
転倒防止用装置交換				
搭載台交換				
酸素ボンベ固定装置交換				
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、ウを選んだ業者の方は記入してください。

製作委託業者名	住 所	納入日数	オーダーレディ	契約年数	備 考