


# وہیل چیئر فٹ فارم



آج کی تاریخ:	کلائنٹ کا نام
--------------	---------------

ان تین حصوں کو مابین: پیمائشی ٹیپ کو نہ موڑیں۔

#1 سیٹ کی چوڑائی	سیٹ کی چوڑائی (سینٹی میٹر)	سائز	✓	
<p>آسان پیمائش: (کراس بار)</p>		<b>GEN_2</b>		
		25cm- 33cm	GEN_2 S	
		33cm- 38cm	GEN_2 M	
		38cm- 43cm	GEN_2 L	
		43cm- 48cm	GEN_2XL	
		<b>GEN_3</b>		
		25cm- 31cm	GEN_3 S	
		31cm- 36cm	GEN_3 M	
		36cm- 40cm	GEN_3 L	
		40cm- 47cm	GEN_3XL	
#2 سیٹ کی لمبائی	سیٹ کی لمبائی (سینٹی میٹر)	پوزیشن	✓	
<p>آسان پیمائش (سیٹ)</p>		41cm سے کم	سب سے چھوٹی	
		41cm- 47cm	درمیانی	
		47cm سے زیادہ	سب سے لمبی	
#3 بیک ریست کی اونچائی	سہارے کی اونچائی (سینٹی میٹر)	پوزیشن	✓	
<p>آسان پیمائش (بیک ریست)</p>		52cm سے اونچی	سب سے اونچی	
		48cm- 52cm	درمیانی اونچی	
		44cm- 48cm	درمیانی نیچی	
		44cm سے کم	سب سے نیچی	

عمومی معلومات	
کلانٹ کا نام:	تاریخ پیدائش اور عمر:
پتا:	
فون نمبر:	نگران کا نام (اگر قابل اطلاق ہو):
جسمانی حالت اور تحفظات	
تشخیص:	
سوال کریں	غور کریں
کیا آپ کے پاس کوئی طبی یا حکومتی سرٹیفیکٹ ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	کیا کلانٹ اپنا سر بحفاظت اٹھا رکھ سکتا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
کیا آپ کے پاس حالیہ طور پر ویہیل چیئر موجود ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	کیا کلانٹ بحفاظت اٹھ کر بیٹھ سکتا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
آپ اس ویہیل چیئر کو کہاں استعمال کریں گے یا اس کے ذریعے کہاں جائیں گے؟ <input type="checkbox"/> گھر <input type="checkbox"/> کام <input type="checkbox"/> دیہی علاقہ جات <input type="checkbox"/> کمیونٹی <input type="checkbox"/> عوامی ٹرانسپورٹ <input type="checkbox"/> دیگر: _____	کلانٹ ویہیل چیئر میں بیٹھ اور اٹھ سکتا ہے: <input type="checkbox"/> آزادانہ طور پر <input type="checkbox"/> 1 شخص کی مدد سے <input type="checkbox"/> دو افراد کی مدد سے
ویہیل چیئر استعمال کرنے کا آپ کا تجربہ کیسا رہا؟	نوٹس
پریش زخم / جلد	
کیا اس شخص پر کوئی پریش زخم موجود ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں تو وضاحت کریں:
کیا اس شخص کی پریش زخموں کی کوئی تاریخ رہی ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
تجویز اور نسخہ	
انرجی رفی رہا پ: _____	GEN_3 <input type="checkbox"/> GEN_2 <input type="checkbox"/>
نام	تنظیم
آج کی تاریخ	