

車椅子クッション 適合評価 5分フロー記録シート

基本情報	
患者 ID	評価日
評価者	場所
疾患・病型	使用車椅子・現クッション



Step 1 リスク確認

ex) 発赤あり / 摂取量低下 / 体重減少 / 全介助

皮膚 _____
栄養 _____
体重変動 _____
介助力 _____

Step 2 座位能力

ex) Hoffer 2 / 自己除圧困難 / 前滑りあり

Hoffer _____
除圧 _____
骨盤 _____
滑落 _____

Step 3 試適条件

ex) 候補 A / 骨盤支持あり / 足底接地あり

Step 4 判定・目標

ex) 皮膚保護優先 / 前滑り軽減を本日の目標にする

Step 5 再評価

ex) 1 週后再評価 / 発赤時は臨時見直し

共有事項・次回申し送り

ex) 発赤なし / 前滑り軽減 / 病棟で空気量確認を継続

次回日	ex) 1 週後
共有先	ex) 病棟 / 家族
条件固定	ex) 足底接地あり