

## 車椅子クッションA/Bトライアル記録 (A4)

### 基本情報

_____	_____
_____	_____

### ① トライアル計画 (同条件で比較)

製品名/タイプ		
サイズ/厚み		
試用期間 (開始~終了)		
目標 (発赤↓/前滑り↓/耐久↑)		
調整 (空気量・支持具など)		
管理 (点検担当/頻度)		

### ② 評価 (1~2週で再評価)

姿勢安定 (骨盤中立・体幹)	□○□△□×	□○□△□×	
前滑り/ずり落ち	□○□△□×	□○□△□×	
皮膚 (坐骨・仙骨の発赤)	□○□△□×	□○□△□×	
疼痛/疲労感 (主観)	□○□△□×	□○□△□×	
除圧のしやすさ (自立/介助)	□○□△□×	□○□△□×	
管理負担 (点検・清拭)	□○□△□×	□○□△□×	

### 結論 (採用/不採用の理由、次の調整)

_____
_____
_____
_____