

車椅子クッション 適合チェックシート (A4)

基本情報

_____	_____
_____	_____
_____	_____

① 評価前に固定する6点セット

座幅 (W)	<input type="checkbox"/>	採寸/座面内寸と一致
座奥行 (D)	<input type="checkbox"/>	殿部 - 膝窩長 - 2~3 cm (目安)
前/後座高	<input type="checkbox"/>	足底接地/移乗動線まで確認
フットレスト高・角度	<input type="checkbox"/>	踵が浮かない/膝窩圧が強くない
バックサポート	<input type="checkbox"/>	骨盤後傾が増えない
クッション調整	<input type="checkbox"/>	底付きなし/過充填なし

② 適合チェック (姿勢 × 皮膚 × 主観)

骨盤	後傾/側傾/回旋、左右荷重差	
体幹	側屈/前屈、背支持との適合	
大腿支持	支持線 (骨盤~大腿) が途切れない	
足部	足底接地、膝窩圧、フットレスト位置	
皮膚	坐骨・仙骨の発赤、湿潤・摩擦	
主観	疼痛/しびれ/疲労感 (座位耐久)	
動作	移乗、座り直し・除圧の可否	
運用	点検・清拭・洗濯が回るか	

再評価メモ (イベント・条件差・介入更新)

