

# Hoffer 座位能力分類（JSSC 版）評価記録シート

患者 ID _____	評価日 _____
評価者 _____	場所 _____

## 評価条件 / 前提

確認項目	チェック / 記入
座面	<input type="checkbox"/> 安定した座面で実施
足底	<input type="checkbox"/> 足底接地あり
環境	<input type="checkbox"/> 手すり・ベッド柵なし
安全	<input type="checkbox"/> 見守りのみで実施

## 観察 / 判定

観察項目	記録欄	所見メモ
手支持なし 30 秒	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
手支持あり 30 秒	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
崩れ方		ex) 骨盤後傾、右側方倒れ
疲労 / 日内変動		ex) 午後に保持低下

判定  
判定  レベル 1（手支持なし 30 秒）  レベル 2（手支持あり 30 秒）  レベル 3（手支持でも困難）  
メモ ex) 右手支持あり、骨盤後傾+左側方倒れ  
\_\_\_\_\_

## 次の一手 / 再評価メモ

次の一手 / 試適方針  
\_\_\_\_\_

再評価条件（座面・足底・時間帯） / 共有事項  
\_\_\_\_\_