車椅子クッション 選定・適合チェックシート

初期評価 → 候補選定 → 試適 → 判断 → 再評価 ｜ A4・1枚

利用者ID：_____ 評価日：_____年____月____日 評価者：_____

01 初期評価｜皮膚・姿勢・除圧能力

☐ 皮膚損傷あり ☐ 感覚低下あり ☐ 自力除圧が困難 ☐ 座位時間が長い

☐ 骨盤後傾 ☐ 骨盤側傾・回旋 ☐ 前滑り ☐ 体幹不安定

皮膚（初期）：☐ 異常なし ☐ 異常あり（発赤・色調変化・損傷など） 部位：_____

主なリスク・特記事項：_____

02 候補選定｜素材だけでなく製品性能・適合を確認

☐ フォーム ☐ 空気セル ☐ ゲル・流動体 ☐ ハイブリッド

候補名・サイズ：_____

重視する点： ☐ 圧再分配 ☐ 骨盤・体幹支持 ☐ 移乗・駆動 ☐ 管理のしやすさ

03 試適｜普段の車椅子・靴・使用条件で確認

身体：殿部幅 _____ cm 殿部〜膝窩長 _____ cm 下腿長 _____ cm

車椅子：座幅 _____ cm 座奥行 _____ cm 座面高 _____ cm

クッション：幅 _____ cm 奥行 _____ cm 厚さ（荷重時） _____ cm

☐ 底付きなし ☐ 膝窩圧迫なし ☐ 足底支持あり ☐ 前滑りなし

☐ 骨盤・体幹が安定 ☐ 痛み・しびれなし ☐ 移乗に支障なし ☐ 管理方法を確認

座位時間： _____ 分 姿勢変化：☐ なし ☐ あり（内容：_____）

皮膚（試適後）：☐ 異常なし ☐ 異常あり 確認時点：☐ 直後 ☐ ____ 分後

空気セル使用時：☐ 空気量調整済 ☐ 底付き確認済 ☐ 対象外

調整・観察メモ：_____

04 最終判断｜クッション単独でなく車椅子全体を調整

☐ 採用 ☐ 再調整して再試適 ☐ 候補を再選定 ☐ 他職種と相談

車椅子側の調整：☐ 足部支持 ☐ 背支持 ☐ 座奥行 ☐ アームサポート ☐ その他

決定理由／残る課題：_____

05 再評価・管理｜日常の皮膚観察と適合点検は別に実施

予定日：____年__月__日 実施日：____年__月__日 管理担当：_____

☐ 皮膚変化 ☐ 姿勢・前滑り ☐ 痛み・疲労 ☐ 底付き・劣化

再評価結果／次の対応：_____

安全上の注意

- クッションは除圧・姿勢変換・日常の皮膚観察の代わりになりません。
- 非退色性発赤や皮膚損傷が疑われる場合は荷重を解除し、速やかに評価・共有します。
- 空気セルの調整は製品ごとの取扱説明書に従ってください。

※ 臨床判断を補助する記録用紙です（妥当性検証済みの評価尺度ではありません）。

※ 再評価の間隔は褥瘡リスク・身体状態・施設の運用に応じて設定してください。