

糖尿病患者さん 足チェックシート



これはあなたの症状を詳しく知るためのものです

(記入日 平成 年 月 日)

あなたの症状について、質問の(はい・いいえ)の箇所に○をつけてください。

1 足に以下のような症状はありませんか？

1. 足の先がジンジン・ピリピリする。(はい・いいえ)
2. 足の先がしびれる。(はい・いいえ)
3. 足の先に痛みがある。(はい・いいえ)
4. 足の感覚に異常がある。
(感覚が鈍い、痛みを感じにくい、ザラザラした感触等) (はい・いいえ)
5. 足がつる、あるいは、こむら返りが起こる。(はい・いいえ)

2 最近、足の外観に以下のような変化はでていませんか？

1. 皮膚が赤くなったり、腫れたりしている部分がある。(はい・いいえ)
2. 小さな傷でもなかなか治らない。(はい・いいえ)
3. うおのめ、たこ、まめ、あるいは靴ずれがよくできる。(はい・いいえ)
4. 皮膚が乾燥したり、ひび割れしている部分がある。(はい・いいえ)
5. 皮膚がカチカチになっている部分(角質)が増えてきた。(はい・いいえ)
6. みずむしなど足に感染症がある。(はい・いいえ)



医師記入欄

※以下、ご記入にならないで下さい。

現在の糖尿病の状態 (あてはまる□内に/印を記入して下さい。下線の箇所は数値を記入して下さい。)

入院 外来 身長：_____ cm 体重：_____ kg

糖尿病罹病期間：_____年 血糖値：_____ mg/dl (空腹/食後 _____ 時間)

ヘモグロビンA1c：_____ %

糖尿病治療は 食事療法 経口血糖降下薬 インスリン治療

アキレス腱反射 異常 (消失 減弱) (両足 片足) 正常

振動覚 右：_____ 秒 左：_____ 秒