

# チェックする項目

1. 足の指・関節の変形
2. 足の裏
3. つめ
4. 皮膚の様子
5. 感覚の異常
6. 感覚の低下
7. 足の変色
8. 足背動脈  
後頸骨動脈触知

年2回チェック

## 糖尿病の全身管理と足病変チェック 年 月 日

ID	氏 名		
----	-----	--	--

指示カロリー	KOAI	身長	cm
最終栄養指導日	年 月 日	体重	kg
最終眼科受診日	年 月 日	( )	眼科

### 足病変のチェック

	異常なところに○をして下さい		部 位		受診・治療の有無
	有	無	右	左	
1 足の指・関節の変形	有	無			有 無
2 足の裏 ウオノメ タコ イボ	有 有 有	無 無 無			有 無
3 つめ 巻きつめ 変色・変形	有 有	無 無			有 無
4 皮膚の様子 カサカサ かわむけ ひび割れ 赤いところ ジクジク 水ぶくれ むくみ	有 有 有 有 有 有 有	無 無 無 無 無 無 無			有 無
5 感覚の異常 しびれ かゆみ いたみ	有 有 有	無 無 無			有 無
6 感覚の低下 よくわかる にぶい わからない					
7 足の変色 有 無					有 無
8 足背動脈 内踝動脈	右 左	触れる 触れる	微弱 微弱	触れない 触れない	有 無
	右 左	触れる 触れる	微弱 微弱	触れない 触れない	
9 その他	目の異常 筋力低下	有 有	無 無		有 無