





# 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)の箇所には○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・ビリビリする。                          | (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。<br>(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、まゆ、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** (おてはまる□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  
 糖尿病発症期間：\_\_\_\_\_ 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

日本糖尿病対策推進会議(日本医師会・日本糖尿病学会・日本糖尿病協会)

<http://www.med.or.jp/> <http://www.jdm.or.jp/> <http://www.nitokyo.or.jp/>