



# 足 糖尿病患者さん 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)

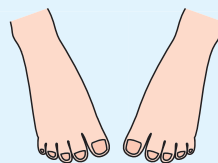
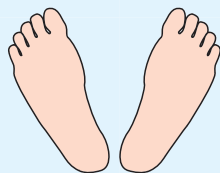
あなたの症状について、質問の(はい・いいえ)の箇所に○をつけてください。

## 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