






1. 本人に関する情報

姓:		名:		ジェンダー:	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>
年齢:	0-5 <input type="checkbox"/> 6-18 <input type="checkbox"/> 19-39 <input type="checkbox"/> 40-54 <input type="checkbox"/> 55+ <input type="checkbox"/>	電話番号:			
住所:					

2. 移動性と健康の危険かんたんチェック

以下を質問				
移動性の喪失	移動性の大きな低下が過去3か月以内にありましたか?	はい <input type="checkbox"/>  保健サービスへ紹介・相談	いいえ <input type="checkbox"/>	
子どもの移動性	そのお子さんは2歳以上で、まだ歩けないですか?	はい <input type="checkbox"/>  リハビリテーションサービスへ紹介・相談	いいえ <input type="checkbox"/>	
転倒の危険	転倒が心配ですか? または過去1年以内に複数回転倒しましたか?	はい <input type="checkbox"/>  リハビリテーションサービスへ紹介・相談 → 支援製品のスクリーニング	いいえ <input type="checkbox"/>	
褥瘡	褥瘡が身体(腰、お尻、背中など)にありますか?	はい <input type="checkbox"/> → 褥瘡への圧力を避けるよう助言  保健サービスへ創傷ケアの紹介・相談	いいえ <input type="checkbox"/>	
足部創傷の危険	経験の有無:	足部創傷 <input type="checkbox"/> 下肢切断 <input type="checkbox"/>	あれば → 以下の足部スクリーニングを完了	
	現在の有無:	足部の創傷、ケガ、腫れ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ハンセン病 <input type="checkbox"/> 心臓および/または腎臓疾患 <input type="checkbox"/>		あれば → 本人が保健サービスを定期受診しているかチェック なければ  紹介・相談
	習慣の有無:	喫煙 <input type="checkbox"/> (大量の) 飲酒 <input type="checkbox"/> しばしばはだしで歩く <input type="checkbox"/>		

3. 足部スクリーニング(足部創傷の危険に関する質問に一つでも「はい」と答えた人に対して完了する)

外見のチェック: 本人の足甲と足底、および足指の間をくわしく観察		
本人に以前起きたこと:	足部創傷 <input type="checkbox"/> 足指、足、脚の切断 <input type="checkbox"/>	あれば → 高い危険のサイン <input type="checkbox"/>
本人に現在あること:	つま先、足、脚の創傷やケガ <input type="checkbox"/>	
片方が両方の足の状態:	発赤 <input type="checkbox"/> 触ると熱い <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/>	
観察されたこと:	皮膚/爪の問題 <input type="checkbox"/> 足/足指の形の異状 <input type="checkbox"/>	→ 危険のサイン <input type="checkbox"/>
血流のチェック		
血流不全のサインがみられるか:	足首や足の腫れ <input type="checkbox"/> 足や足指に体毛がない <input type="checkbox"/> 冷たいか青ざめた足 <input type="checkbox"/>	あれば → 危険のサイン <input type="checkbox"/>
質問: 脚の後ろ側に痛みが出ますか?	夜間に <input type="checkbox"/> 歩いて 200m 行かないうちに <input type="checkbox"/>	
脈拍テスト	左足の: 甲 <input type="checkbox"/> くるぶし <input type="checkbox"/> 右足の: 甲 <input type="checkbox"/> くるぶし <input type="checkbox"/>	脈が触れない → 危険のサイン <input type="checkbox"/>
血行回復テスト: 左右の足親指先を強く圧迫する。足指が通常の色に戻る(血行が回復する)までの秒数を数える	血行回復に3秒超かかる <input type="checkbox"/>	→ 危険のサイン <input type="checkbox"/>
感じ(感覚)のチェック		
質問: 足や足指に異常な感覚や痛みがありますか?	はい <input type="checkbox"/>	→ 危険のサイン <input type="checkbox"/>

<p>感覚テスト: 本人は両眼を閉じる。 その足の親指・中指・小指に1回ずつ軽く触れ、1回触れるごとに反対側の足に替わる。</p> <p>✓ 感覚がある足指にチェック X 感覚がない足指にクロス</p>		<p>本人の複数の足指に 感覚がない →危険のサイン □</p>
--	--	--

本人の足部創傷の危険の総括: 危険および高い危険のサインをいくつチェックしたか数える			
危険のサインをチェックした数		足部創傷の危険程度	
危険	高い危険		
1か0 □	0 □	低	→適切な靴について教える →足のケア方法を教える
2 □	0 □	中	→足のケア方法を教える →治療靴の事前評価を行なう
3+ □	1 □	高	☎ 保健サービスか足部創傷外来へ紹介・相談

4. 移動支援製品かんたんスクリーニング質問

歩行支援用品および/または車椅子		
立って歩けますか？	はい、困難はない □	何もしない。
	はい、介助があれば □	あれば
	はい、短い距離だけ □	→ 歩行支援用品の事前評価
	はい、片脚だけ □	☎ 車椅子の事前評価を検討
	いいえ、まったく歩けない □	☎ 車椅子の事前評価へ紹介・相談
可搬式スロープ (車椅子、歩行車、歩行器を用いる人のみ)		
日常的に2、3段の段差を昇り降り、および/または乗り物を乗り降りする必要がありますか？	はい □ → 可搬式スロープが役立つ いいえ □	
手すり (例えば寝室、トイレ、浴室の中や階段の脇の)		
家での移動 (ベッドの上がり降り、バランスを保つ、起き上がる、立ち上がる、階段を昇る、動き回るなど) に困難がありますか？	はい □ → 手すりが役立つ いいえ □	
移乗板 (例えばベッド、トイレ、ソファ、乗り物へ/からの移動用)		
身体を場所から場所へ動かすのが大変ですか？	はい □ → 移乗板が役立つ いいえ □	
足または脚の義足 (下肢または足部を切断した人へ)		
義足を使っていますか？	はい □ → 義足をチェック ☎ 懸念があれば義肢サービスへ紹介・相談 いいえ □ ☎ 義肢サービスへの紹介・相談が必要かどうか検討	

5. その他の支援製品

右欄の困難がありますか:	見る □ 聞く □ セルフケア □ コミュニケーション □ 認知 (考える/思い出す) □	あれば → 他の支援製品および/または ☎ 他のサービスへの紹介・相談が役立つ
--------------	--	--

6. 計画

スクリーニング:	視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> セルフケア <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/>	
事前評価:	歩行支援用品 <input type="checkbox"/> 可搬式スロープ <input type="checkbox"/> 家の中の手すり <input type="checkbox"/> 移乗板 <input type="checkbox"/> 治療靴 <input type="checkbox"/>	
教える内容:	足のケア方法 <input type="checkbox"/> 履くために適切な靴 <input type="checkbox"/>	
紹介・相談先:	保健医療 <input type="checkbox"/> 創傷ケア <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 足部創傷外来 <input type="checkbox"/> 義肢の再評価または事前評価 <input type="checkbox"/> その他の: ✎ _____	
フォローアップ時期:	1~3 か月以内 <input type="checkbox"/> 6 か月以内 <input type="checkbox"/> 12 か月以内 <input type="checkbox"/>	フォローアップ日: ✎ _____