

1. 本人に関する情報

姓:		名:		ジェンダー:	男性 ☐ 女性 ☐ その他 ☐
年齢:	0-5 ☐ 6-18 ☐ 19-39 ☐ 40-54 ☐ 55+ ☐	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 ☐ ☒ 保健サービスへ紹介・相談	いいえ ☐	
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 ☐ ☒ リハビリテーションサービスへ紹介・相談	いいえ ☐	
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 ☐ ☒ 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 ☐	
褥瘡	褥瘡が身体（腰、お尻、背中など）にありますか？	はい ☐ → 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 ☐	
足部創傷の危険	経験の有無:	足部創傷 ☐ 下肢切断 ☐	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 ☐ 糖尿病 ☐ ハンセン病 ☐ 心臓および/または腎臓疾患 ☐		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 ☐ (大量の) 飲酒 ☐ しばしばはだしで歩く ☐		

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 ☐ 足指、足、脚の切断 ☐	あれば → 高い危険のサイン ☐
本人に現在あること:	つま先、足、脚の創傷やケガ ☐	
片方か両方の足の状態:	発赤 ☐ 触ると熱い ☐ 腫れ ☐	
観察されたこと:	皮膚/爪の問題 ☐ 足/足指の形の異状 ☐	→ 危険のサイン ☐
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 ☐ 足や足指に体毛がない ☐ 冷たいか青ざめた足 ☐	あれば → 危険のサイン ☐
質問: 脚の後ろ側に痛みが出ますか？	夜間に ☐ 歩いて 200m 行かないうちに ☐	
脈拍テスト	左足の: 甲 ☐ くるぶし ☐ 右足の: 甲 ☐ くるぶし ☐	脈が触れない → 危険のサイン ☐
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 ☐
→ 危険のサイン ☐		
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 ☐ → 危険のサイン ☐
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。 ✓ 感覚がある足指にチェック X 感覚がない足指にクロス		本人の複数の足指に 感覚がない → 危険のサイン ☐

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 → 歩行支援用品の事前評価 ☑ 車椅子の事前評価を検討
	はい、短い距離だけ □	
	はい、片脚だけ □	☑ 車椅子の事前評価へ紹介・相談
いいえ、まったく歩けない □		
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ちうる 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 □ → 手すりが役立ちうる 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 □ → 移乗板が役立ちうる 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・相談が役立ちうる
--------------	--	--

6. 計画

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