



糖尿病・透析患者さんのための
フットケア手帳

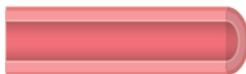
監修

大阪労災病院 看護部 溝端 美貴 先生
血管診療技師(CVT)・慢性腎臓病療養指導看護師

動脈硬化とは？

動脈硬化は血管の老化現象

正常



血管はやわらかく、血液の流れもスムーズです。

狭窄病変



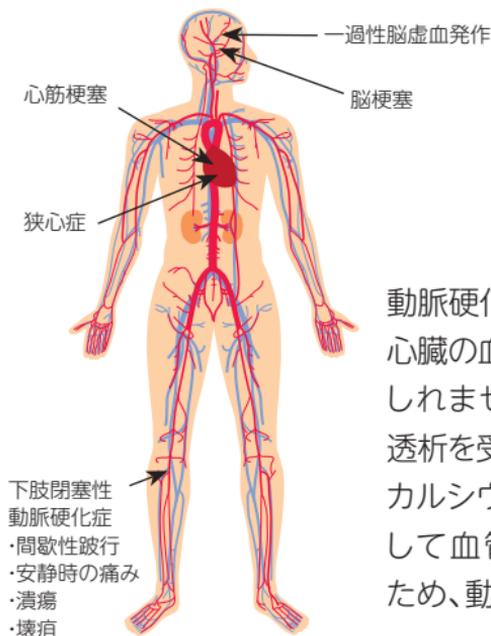
血管の内側に脂肪やコレステロールなどが付き、血管の内部が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態です。

閉塞病変



血管壁がさらに肥厚化し粥状の塊（プラーク）を形成、内部が崩れ落ちて、最終的には閉塞してしまいます。

動脈硬化は全身病



動脈硬化は下肢だけでなく、脳や心臓の血管にも起こっているかもしれません。糖尿病や、長期に透析を受けている方では、血管にカルシウムが沈着（血管石灰化）して血管の弾力性が低下するため、動脈硬化が重症化します。

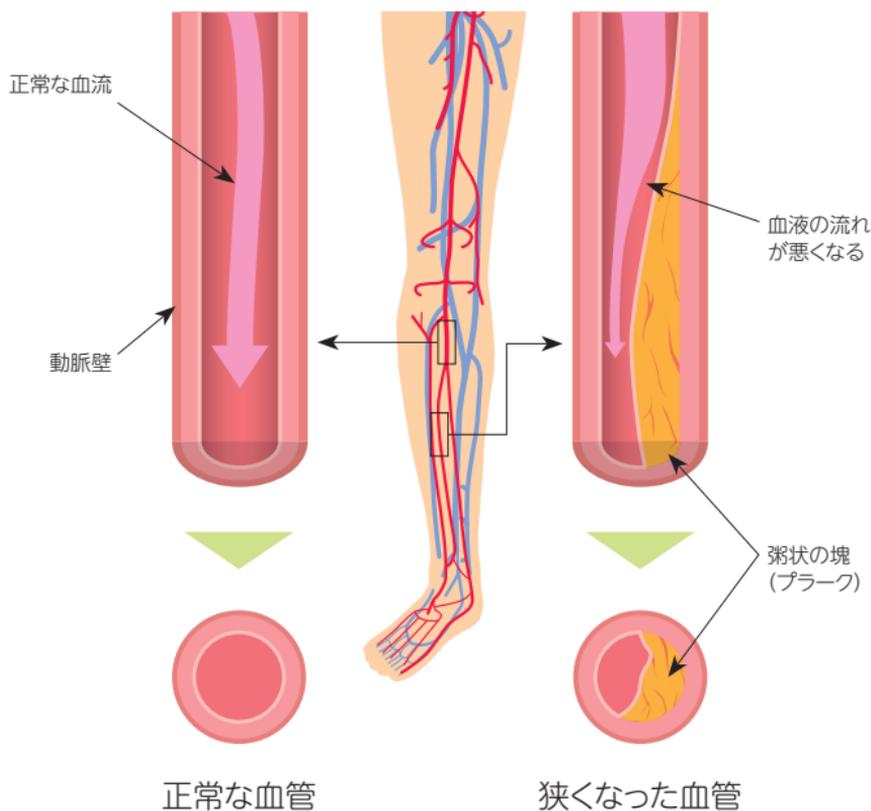


下肢閉塞性動脈硬化症

手足などの「末梢動脈」が動脈硬化により狭くなって、下肢に循環障害を起こしてしまった状態を言います。

正常な血管

動脈硬化が 起きている血管





下肢閉塞性動脈硬化症の検査

下肢閉塞性動脈硬化症を診断するために、身体的な負担が少なく、短時間に実施できる検査があります。

問診・触診

触診では、足の動脈を皮膚の上からさわって、脈が触れるか確認します。脈が弱かったり、触れない場合は、足の動脈に狭窄や閉塞があると考えられます。



ABI測定(足関節上腕血圧比測定)

腕と足首の血圧を測り、腕に比べて足首の血圧が低い場合は、下肢閉塞性動脈硬化症が疑われます。



気になる症状があったら、主治医に相談してみましょう。

SPP測定(皮膚灌流圧測定)

透析を受けている方は血管石灰化のために、足首などの血圧が正しく測定できないことがあります。

SPP測定は、皮膚表面の毛細血管の流れを確認する検査であり、石灰化の影響を受けずに、下肢閉塞性動脈硬化症の重症度を評価できます。

実際には、足の甲や裏の皮膚にセンサーをあて、血圧計カフを巻いて固定します。そしてカフを加圧し、皮膚表面の血液が流れはじめる圧を測定します。





フットケア(足のお手入れ)

足の病気の変化を予測し、重大な合併症や問題が起こらないように、日頃から足を観察をして、お手入れしましょう。

フットケアで足を守りましょう

- 足に異常がないか、毎日観察しましょう。
- 毎日足を洗って、清潔にしましょう。
- こたつや電気カーペットなどによるやけどに注意しましょう。
- 足のタコやウオノメは病院で処置をしてもらいましょう。
- 爪のお手入れをしましょう。



爪の切り方

伸びた爪はケガのもとです。こまめに切りましょう。
切りにくい爪は無理せず受診時に相談します。



爪の先端をまっすぐに切る。



両角は少し丸める程度にとどめ、深爪をしない。



最後にヤスリをかけ滑らかにする。

週に一度、足の状態を自分でチェックする習慣をつけましょう!

- 足を保護するため、はだしで歩かず、靴下を履きましょう。
また、靴下は毎日交換しましょう。



- 足にあった靴と靴下を選びましょう。
- 靴を履くときは、毎回靴ひもを結び直し、ゆるみがないようにして、靴ずれなどを予防しましょう。



- 皮膚が乾燥していたら、保湿クリームなどを使用して、ひび割れしないように、予防しましょう。(水虫の場合、悪化させる恐れがあるため、指の間にはぬらないでください)



チェックシートは次のページ



日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日付		月 日	月 日
血圧(最高/最低)		/ mmHg	/ mmHg
体 重		. kg	. kg
足の冷感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
足の観察		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
洗浄清潔		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
爪の長さ		<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪
タコ・ウオノメ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
亀裂・きず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
くつした交換		<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない
運 動		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない

日付	月 日	月 日	医療スタッフ 評価
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
体重	. kg	. kg	
足の冷感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
足の観察	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
洗浄清潔	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
爪の長さ	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	<input type="checkbox"/> ちょうど <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 深爪	
タコ・ウオノメ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
亀裂・きず	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
くつした交換	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	<input type="checkbox"/> 交換した <input type="checkbox"/> 交換していない	
運動	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

日常生活に留意しましょう

1. タバコをやめましょう。
2. できるだけ毎日歩くようにしましょう。
3. バランスの良い食事を取りましょう。
4. 血圧・血糖値・肥満に注意しましょう。



足に異常がないかチェックしましょう

1. しびれ・冷感・痛み・つる・けいれんなどの症状がある。
2. タコやウオノメがある。
3. 皮膚に傷や変色、腫れ、ひび割れがある。
4. 爪に変形や肥厚(白く厚くなっている)がある。
5. 靴擦れがある。

1.～5.にあてはまるものがありましたら、早めに医師や看護師に相談しましょう。



ご家族の皆様へ

高齢の方や、糖尿病の方では視力が低下していることも多く、また、糖尿病の方は痛みを感じにくいことから、足の傷や変化の発見が遅れがちです。患者さんの足を注意して観察してあげてください。

株式会社 カネカメディックス

<http://www.kaneka-med.jp/>