

# フットアセスメント

## \*アセスメントシートの手引き\*

足趾間の表皮剥離や足底の小水胞形成などの白癬のみを疑う症状や胼胝、鶏眼に関しては報告不要とします。

これらに併せて、**2週間以上治癒傾向のない潰瘍形成・皮膚の黒色変化、足の色が悪い、疼痛、しびれ、冷感**などの症状があれば報告ください。

○相談内容(これまでの経過)

【写真】イメージ



【性別】	<input checked="" type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性				
【年齢】	<input type="checkbox"/> 40歳代	<input type="checkbox"/> 50歳代	<input type="checkbox"/> 60歳代	<input checked="" type="checkbox"/> 70歳代	<input type="checkbox"/> 80歳代	<input type="checkbox"/> 90歳以上
【既往歴】	<input type="checkbox"/> PAD	<input checked="" type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/> 腰部疾患	<input type="checkbox"/> バージャー病
	<input checked="" type="checkbox"/> 足潰瘍歴	<input type="checkbox"/> 足趾・下肢切断歴				
【ADL】	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ベッド上		
【創傷の原因】	<input type="checkbox"/> 転倒	<input checked="" type="checkbox"/> 靴ずれ	<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> ケガ	<input checked="" type="checkbox"/> 不明	
【自覚症状】【他覚所見】						
疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
しびれ	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 患足	<input type="checkbox"/> 両足		
皮膚色変化	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 発赤色	<input type="checkbox"/> 暗紫色			
冷感	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				
熱感	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
間欠性跛行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
浮腫	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 局所的	<input type="checkbox"/> 全身性	<input type="checkbox"/> 両側性	
知覚(感覚)異常	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 両足趾	<input type="checkbox"/> 足底全体	<input type="checkbox"/> 膝下~爪先	
足趾変形	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				
【血流状態】						
足背動脈触知	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可				
後脛骨動脈触知	<input type="checkbox"/> 可	<input checked="" type="checkbox"/> 不可				
生理機能検査ABI	<input type="checkbox"/> 右足<0.9	<input type="checkbox"/> 左足<0.9	<input checked="" type="checkbox"/> 未検査			
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 禁煙中			
【身体・生活状況】	<input checked="" type="checkbox"/> 視力障害	<input type="checkbox"/> 運動機能障害	<input type="checkbox"/> 認知機能低下			
	<input checked="" type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 自己でシャワーや入浴不可	<input type="checkbox"/> 深爪、創傷を作るカミソリなどの使用がある			

間欠性跛行とは？  
歩くとしびれや痛みが出現し、しばらく休むと症状が消失し歩行可能となる症状

知覚異常とは？  
自覚、他者の指で触ってもわからない部位

【返信】 喫煙歴とは？  
いままでに習慣として喫煙したことがある

運動機能障害とは？  
完全麻痺、不完全麻痺(足が曲がらない、挙げられない)日常生活に支障がある