



福岡医発第1967号(地)

平成19年 2月 5日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師

会長 横 倉



糖尿病「足チェック」実態調査について (お願い)

年々増加の一途をたどる糖尿病患者への対策強化を目的として、平成17年2月に日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の三者により「日本糖尿病対策推進会議」が設立されました。平成18年度における活動の一つの取り組み糖尿病合併症の早期発見・早期治療を目的とした啓発資料である糖尿病神経障害のポスターや症状確認のための「足チェックシート」等が作成され、会員の先生方へ配布されています。

そこで、福岡県における糖尿病患者の実態把握並びに患者のQOL向上を目的とした「足チェックシート」を使った糖尿病「足チェック」実態調査の実施について、平成19年1月11日開催の第31回全理事会で協議の結果、実施することといたしました。

本調査は、別添資料を貴会より会員へ配布していただき、資料申し込みのあった会員へ資料を配布、実施済みのチェックシートを回収し、集計するというものです。

つきましては、下記部数資料をお送りいたしますので、貴会会員へ配布いただくとともに、多数の会員の先生方のご協力が得られますようご高配方よろしくご願い申し上げます。

なお、今回の調査は、小野薬品の協力により実施いたしますので資料申込のあった会員の先生への資料の配布並びに実施済みチェックシートの回収は、小野薬品に行っていただきますことを申し添えます。

記

送付部数 120 部



糖尿病「足チェック」実態調査企画 ご協力のお願い

謹啓

時下、先生方におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

ご承知の通り、年々増加の一途をたどる糖尿病患者への対策強化を目的として、平成17年2月に日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の三者により『日本糖尿病対策推進会議』が設立されました。そして平成18年度における活動の一つの取り組みとして、糖尿病合併症の早期発見・早期治療を目的とした啓発資料である糖尿病神経障害のポスター等が作成され、すでに先生方のお手元にも届いていることと存じます。この資料の追加請求も予想以上に多く、特に症状確認のための「足チェックシート」は福岡県内だけでも数万例分の配布状況となりました。

そこで福岡県におけます糖尿病患者の実態把握ならびに患者QOL向上を目的として、福岡県医師会において『糖尿病「足チェック」実態調査』を企画し、「足チェックシート」をご活用されております先生方に、県全体での集計に向けてのご協力を賜りたくお願い申し上げます。

本資料をご請求いただく場合は、同封の「ハガキ」に必要部数をご記入の上、福岡県医師会宛にお送りいただきますようお願い致します。

なお調査期間は6月末までを予定し、その集計結果につきましては先生方の日常診療にお役立て頂けるよう報告させていただきます。何卒ご協力の程、宜しくお願い申し上げます。

最後になりましたが、先生方の益々のご発展を心よりお祈り申し上げます。

謹白

平成19年2月吉日

福岡県医師会長 横倉 義武
後援：福岡県糖尿病対策推進会議

糖尿病患者さん 足チェックシート



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)

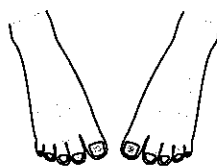
あなたの症状について、質問の(はい・いいえ)の箇所に○をつけてください。

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

日本糖尿病対策推進会議 (日本医師会・日本糖尿病学会・日本糖尿病協会)

<http://www.med.or.jp/>

<http://www.jds.or.jp/>

<http://www.niitokyo.or.jp/>

糖尿病患者さん 足チェックシート

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・ビリビリする。 (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

糖尿病患者さんへ

壊疽

変色

タコ

乾燥

発赤

ヒビ割れ

ぐつ下を脱いで
足をよく診てもらいましょう。

失明	年間 3,500人以上
人工透析導入	年間 14,000人以上
足の切断	年間 3,000人以上

糖尿病の合併症を早期に見出す上で足の形態や足の症状をときどきチェックすることは非常に重要です。

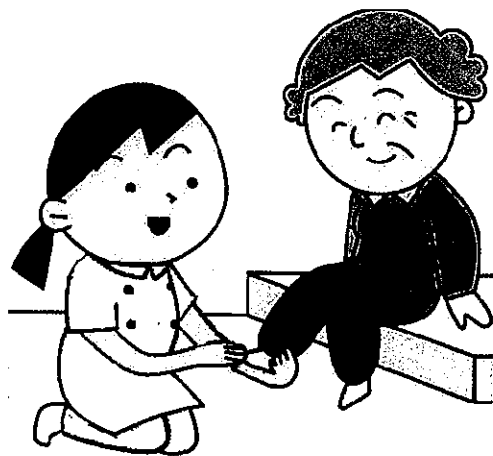
足の症状として重要なのはこむら返り・足裏の違和感(じゅりを感んだ感じ)・足指先のしびれなどです。

※備え付けの足チェックシートにご記入し、担当医師または看護職員にお渡し下さい。

日本糖尿病対策推進会議(日本医師会・日本糖尿病学会・日本糖尿病協会)
<http://www.med.or.jp/> <http://www.jds.or.jp/> <http://www.nittokyo.or.jp/>

『くつ下を脱いでいただく理由』

- 1 **腱反射**を正確に実施する
- 2 **足(裏)の感覚異常**を診る
- 3 **足(裏)の皮ふ温**を確かめる
- 4 **足(裏)病変**早期発見



腱反射試験とは…

足病変の原因となる糖尿病神経障害を早期に発見するために簡単でかつ有用な試験です。

合併症の早期発見のために

糖尿病になると特にその合併症に注意しなければなりません。三大合併症(腎・網膜・神経)があり、その中でも神経障害が一番多い合併症で、他の合併症よりも早い時期から始まることが多いと言われています。

早期発見のための検査があります



(アキレス腱反射試験の様子)

福岡県医師会
『糖尿病足チェック実態調査企画』
資料申込書

資料内容

- ①ポスター：「くつ下を脱いで足をよく診て
もらいましょう」
②糖尿病「足」チェックシート（複写式）
③足チェックポケットガイド
（コメディカル携帯用）

資料ご希望部数

- ☐ ポスター 枚
☐ 足チェックシート 枚
☐ 足チェックポケットガイド
（コメディカル携帯用） 枚

（□に印をつけて下さい。）

申し込み月日 月 日

ご 住 所

ご施設名

TEL

FAX