

③ 足の「神経・変形」チェックシート

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さん・利用者さんのお名前 _____

リスク因子	スコア
<input type="checkbox"/> 目をつぶって両足の1・3・5趾をそっと触ってどの足趾かわかりますか？ ⇨ わからない	3 点
<input type="checkbox"/> 足の指をしっかりグーパー動かせますか？ ⇨ 動かせない	1 点
<input type="checkbox"/> 外反母趾や曲がったままの指はありませんか？ ⇨ ある	3 点
<input type="checkbox"/> キズや胼胝(タコ)があるのに痛くない ⇨ 痛くない	3 点



10点以上



至急受診を

合計
スコア

点