

# 糖尿病合併症管理指導計画

計画作成日 年 月 日 (初回・更新 回目)

患者名 \_\_\_\_\_ 様

担当 ○○病院糖尿病内科医師○○○○ 同病院外来看護師○○○○

糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価の結果並びに実施した指導内容からみて、以下のとおり今後の指導計画を作成したので交付いたします。

今回指導した結果、以下のとおり「糖尿病足病変のハイリスク要因」がありました。該当する場合は、□にチェックしています。未評価・調べていない場合や、該当しない場合はチェックしていません。

1) 足病変既往  足潰瘍歴 有  足趾・下肢切断歴 有

2) 神経障害

- 糖尿病神経障害の診断 有
- 両側性の自覚症状 (しびれ・疼痛・異常感覚) 有
- SWM 5.07 以上の感知不能
- 両アキレス腱反射の消失 有
- 両内踝振動覚 (C-128 音叉) 10 秒以下

3) 血流障害

- PAD の診断 有
- 両足背・両後脛骨動脈触知異常 (減弱 不能) 有
- ABI 0.9 以下 検査値を ( ) に記入 右 ( ) 左 ( )
- 間歇性跛行 有
- 冷感 (自覚・他覚) 有

4) 全身状態

- 歩行・姿勢状態に問題あり
- 血糖コントロール不良 HbA1c ( ) %
- 栄養状態不良 血清 TP ( ) g/dL 血清 Alb ( ) g/dL
- 低栄養状態
- 腎機能低下 あるいは透析療法中 血清 BUN ( ) mg/dL  
血清 Cr ( ) mg/dL
- 視力障害  運動機能障害  認知症

5) セルフケア状況

- サポートパーソン 無  
サポートパーソンがある場合は以下に記載 ( )
- フットケア教育 無
- リスクを伴う足の手入れ 有 (深爪、剃刀・軽石の使用、湯たんぽ・携帯カイロの使用)

1. 目標  をチェックし、個別的な内容があればポイントを：以下に記載する

- 足のトラブルを悪化させない：
- 自分の足の状態を理解する：
- 足への関心が高まり、フットケアの必要性が理解できる：
- 自分の足の状態に応じた手入れを生活に取り入れることができる：
- 糖尿病の治療継続ができる：

2. 計画

1) フットケアの頻度 ( )へ○を入れる

- ( ) 受診のたびに ( ) 1カ月に1回 ( ) 3カ月に1回  
( ) 6カ月に1回 ( ) 1年に1回 ( ) 希望時

2) ケア内容

- 爪のケア  胼胝のケア  鶏眼のケア  白癬のケア
- 保湿ケア  足浴  他科へ受診勧奨  その他：

3) 教育内容

- 足のハイリスク状態を伝え、患者と共有する  糖尿病と足トラブルの関連
- 足の観察方法  足の洗い方  爪の手入れ方法  乾燥予防
- 軟膏塗布の方法  外傷予防、熱傷予防  靴・靴下の選択、履き方
- 運動療法時の注意  外傷時の対応  その他：

4) 評価時期

- 1 6カ月後：( 年 月 日頃)
- 2 1年後：( 年 月 日頃)
- 3 ( 月)後：( 年 月 日頃)

上記の内容について質問がございましたら、次回来院時にご遠慮なく外来担当看護師〇〇〇〇までお問い合わせください。