

10g モノフィラメント検査 記録シート

患者 ID _____	評価日 _____
評価者 _____	場所 _____

実施前にそろえる条件

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 視線を外す／目を閉じる | <input type="checkbox"/> 触れたら「はい」で統一 | <input type="checkbox"/> 足底が見える安定姿勢 | <input type="checkbox"/> 室温・足部露出を確認 |
| <input type="checkbox"/> 部位と順番を固定 | <input type="checkbox"/> 左右同条件で比較 | <input type="checkbox"/> 皮膚損傷部位は避ける | <input type="checkbox"/> 周辺所見と合わせて判断 |

実施・判定メモ

手順

- 1 部位を決める
- 2 垂直に 1～2 秒当てる
- 3 離す
- 4 反応を記録

総合判定

- | | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 保護感覚低下の疑いなし |
| <input type="checkbox"/> | 保護感覚低下の疑いあり |
| <input type="checkbox"/> | 判定保留（再試行・条件調整） |

次回評価

- | | |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 か月 |
| <input type="checkbox"/> | 3 か月 |
| <input type="checkbox"/> | 6 か月 |
| <input type="checkbox"/> | その他： _____ |

部位別反応記録

部位	右	左	所見・メモ
母趾または前足部	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
前足部外側	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
中足部／踵部など施設固定部位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
追加部位（必要時）	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	

判定後に決めること

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 足部観察の指導 | <input type="checkbox"/> 毎日見る部位を確認 | <input type="checkbox"/> 履物・インソール確認 | <input type="checkbox"/> 靴擦れ・サイズを確認 |
| <input type="checkbox"/> 共有先 | <input type="checkbox"/> 主治医／看護師等 | <input type="checkbox"/> 生活環境 | <input type="checkbox"/> 床・段差・入浴・外出を確認 |

記録・申し送りメモ
