**糖尿病重症化予防（フットケア）研修修了者　フォローアップ研修　事前課題**

※申込書に添えてご提出お願いします

所属施設名【　　　　　　　　　　　　　】氏　　　名【　　　　　　　　　　　　　】

下記の設問にお答えください。選択する設問の場合は、選んで□にチェックを入れてください

1. 糖尿病重症化予防（フットケア）研修受講年度　　【平成　　年度】
2. あなたの現在の所属部署を教えてください。

[ ] 　外来　　　　[ ] 　病棟　　　　[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　）

1. 自施設で「フットケア外来」を開設していますか？

[ ] 　している　[ ] 　していない　　[ ] 　今後開設予定　　[ ] 　開設予定不明

1. あなたは、自施設で「フットケア外来」で患者支援をしていますか？

[ ] 　している　[ ] 　していない　　[ ] 　今後支援予定　　[ ] 　支援予定なし

1. フットケアを行う上で困っていることはありますが？困っている項目について、記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 困っている内容 |
| 1. システム構築に関して
 |  |
| 1. 他院や他部署、スタッフ等との連携に関して
 |  |
| 1. フットケアのスキルについて
 |  |
| 1. アセスメント力について
 |  |
| 1. その他
 |  |

1. その他、お困りの症例等ありましたら、ご自由に記入してください。