

# エコノミークラス症候群 チェックリスト

能登中部保健医療福祉調整本部

確認日 令和6年 月 日

市町村名
避難所名
車両番号(車中泊の場合)
氏名 ( 歳)

所属団体名/問診者名

以下のチェックリストで1項目でも該当がある方に、弾性ストッキングの手渡しと着脱指導を検討下さい。(その適応は最終的に現場判断となります)

チェック項目	該当の有無	記録
(ア)車中泊をしている方	有 ・ 無	
(イ)肺塞栓症、深部静脈血栓症の既往がある方 (過去に弾性ストッキングの着用歴がある方)	有 ・ 無	
(ウ)妊娠、出産後、ピル服用中の方	有 ・ 無	
(エ)がんを患い治療中の方	有 ・ 無	
(オ)高齢(70歳以上)の方	有 ・ 無	
(カ)肥満の方	有 ・ 無	
(キ)地震後睡眠薬使用中の方	有 ・ 無	
(ク)下腿腫脹のある方	有 ・ 無	
(ケ)下腿表在静脈瘤のある方	有 ・ 無	
該当項目数	個	
弾性ストッキング着用禁忌の対象項目がある	有 ・ 無	
特記事項		

※ 弾性ストッキングの着用禁忌の対象

1. ナイロンによるアレルギーがある。
2. アドヒアランス※が悪い糖尿病患者である。  
※アドヒアランス: 患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療をうけていること。
3. 重篤なうつ血性心不全・閉塞性動脈硬化症があり、着用には医師の診察を要する。
4. 既に深部静脈血栓症を発症し疼痛や腫脹が激しい。
5. 下肢の冷感が強く、チアノーゼがある。
6. 下肢に大きな創傷や化膿した創傷(蜂窩織炎など)・褥瘡・著明なかぶれや湿疹がある。

※弾性ストッキングを着用者のチェックリストは各調整本部に持ち帰り、保健師とも情報共有して下さい。