

# エコミークラス症候群 チェックリスト

熊本県健康づくり推進課(R2.7.9版)より

市町村名
避難所名
車両番号(車中泊の場合)
氏名 ( 歳)

確認日 令和6年 月 日

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、弾性ストッキングをお渡してください。  
なお、有症状(呼吸困難感や下肢腫脹等)の方は、医療機関受診を促してください。

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	

(対応状況)

--

※ 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受けていること。
3. 重篤なうっ血性心不全・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DVT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。