

【事業所番号】

【調査日】 1回目:令和 年 月 日 / 2回目:令和 年 月 日

【事業所名】

【担当者】

調査票Ⅰ【基本情報】

生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	性別	1. 男性 2. 女性
フリガナ		介護保険 被保険者番号	
氏名			
区分	1回目	2回目	
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2	要支援1 ・ 要支援2	
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

問1, 特定疾病について(該当する特定疾病に☑(チェック)をつけてください)

<input type="checkbox"/> 1. がん【がん末期】	<input type="checkbox"/> 6. 初老期における認知症	<input type="checkbox"/> 10. 早老症	<input type="checkbox"/> 14. 閉塞性動脈硬化症
<input type="checkbox"/> 2. 関節リウマチ	<input type="checkbox"/> 7. 進行性核上性麻痺, 大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病	<input type="checkbox"/> 11. 多系統萎縮症	<input type="checkbox"/> 15. 慢性閉塞性肺疾患
<input type="checkbox"/> 3. 筋萎縮性側索硬化症	<input type="checkbox"/> 8. 脊髄小脳変性症	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病性神経障害, 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	<input type="checkbox"/> 16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
<input type="checkbox"/> 4. 後縦靭帯骨化症	<input type="checkbox"/> 9. 脊柱管狭窄症	<input type="checkbox"/> 13. 脳血管疾患	

調査票Ⅱ【基本チェックリスト】

※回答欄の☑を付けてください。また, 得点を計算し, ご記入ください。

No.	質問項目	1回目		2回目	
		回答	得点	回答	得点
1	バスや電車で1人で外出していますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	5	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	5
2	日用品の買い物をしていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
6	階段や手すりや壁をつたわずに昇っていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	5	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	5
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	3	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	3
10	転倒に対する不安は大きいですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	2	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	2
12	【1回目】身長: cm / 体重: kg(BMI=) (注)	/		/	
	【2回目】身長: cm / 体重: kg(BMI=) (注)	/		/	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	3	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	2	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	2
16	週に1回以上は外出していますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	3	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	3
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	
19	自分で電話番号を調べて, 電話をかけることをしていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	5	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	5
20	今日が何月何日かわからない時がありますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	
21	あなたの現在の健康状態はよいですか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	3	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	3
22	毎日の生活に満足していますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	5	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	5
24	1日3食きちんと食べていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
25	体調が悪いときに, 身近に相談できる人がいますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) が18.5未満の場合に該当とする