

【事業所番号】 1123456789

【調査日】 1回目:令和 5 年 8 月 1 日 / 2回目:令和 6 年 1 月 5 日

【事業所名】 笠岡市地域包括ケア推進室

【担当者】 笠岡 花子

調査票Ⅰ【基本情報】

生年月日	大正・昭和 17 年 1 月 1 日 (81 歳)	性別	1. 男性 2. 女性
フリガナ	カサオカ タロウ	介護保険 被保険者番号	55555555555
氏名	笠岡 太郎		
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 checked="" 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。得点は自動計算です。

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 checked="" type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input checked="" type="checkbox"/> 1. いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input checked="" type="checkbox"/> 1. いいえ	3	<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	2
3	預貯金の出し入れをしていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input checked="" type="checkbox"/> 1. いいえ	5	<input type="checkbox"/> 0. はい <input checked="" type="checkbox"/> 1. いいえ	5
4	友人の家を訪ねていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
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 checked="" type="checkbox"/> 1. いいえ	2	<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	2
8	15分位続けて歩いていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input checked="" type="checkbox"/> 1. いいえ	5	<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	5
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 checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	
12	【1回目】身長: 170 cm / 体重: 65 kg(BMI= 22.5)(注)				
	【2回目】身長: 170 cm / 体重: 60 kg(BMI= 20.8)(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 checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	
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 checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ	0	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ	1
15	口の渇きが気になりますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ	3	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ	3
16	週に1回以上は外出していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	1
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 checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ	2	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	2
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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	1
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 checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ	3	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ	3
21	あなたの現在の健康状態はよいですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ	
22	毎日の生活に満足していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 0. いいえ	3	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 0. いいえ	2
24	1日3食きちんと食べていますか。	<input type="checkbox"/> 0. はい <input checked="" type="checkbox"/> 1. いいえ	5	<input type="checkbox"/> 0. はい <input checked="" type="checkbox"/> 1. いいえ	5
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 checked="" type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 0. はい <input checked="" 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

9

25

10

25