

質問12 あなたは、次の手帳をお持ちですか。当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

「1 身体障害者手帳」をお持ちの方は、1～6のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

また、「3 精神障害者保健福祉手帳」をお持ちの方は、1～3のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1 身体障害者手帳

- 1 一級
- 2 二級
- 3 三級
- 4 四級
- 5 五級
- 6 六級

2 戦傷病者手帳

3 精神障害者保健福祉手帳

- 1 一級
- 2 二級
- 3 三級

4 1、2、3の手帳は持っていない

質問13は、現在、「病院、老人ホームなど、自宅以外のところに入院または入所中」以外の方にお聞きします。(入院または入所中の方は質問14へ進んでください。)

質問13 あなたは、日常生活を送る上で、だれかの手助けや見守りが必要ですか。当てはまる番号を○で囲んでください。「1 手助けや見守りを必要とする」を○で囲んだ場合には、問1、問2にもお答えください。

1 手助けや見守りを必要とする

2 手助けや見守りは必要としない

質問15へ

問1 日常生活はどのような状況・状態ですか。また、そのような状況・状態になってからどのくらいになりますか。それぞれ当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる

2 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない

3 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座った姿勢を保つことはできる

4 1日中ベッド上で過ごし排せつ、食事、着替えに介助を要する

左の1～4のうち○をつけた状況・状態になってからの期間

1 1月未満

2 1月～3月未満

3 3月～6月未満

4 6月～1年未満

5 1年～3年未満

6 3年～5年未満

7 5年～10年未満

8 10年～20年未満

9 20年以上

問2 主に手助けや見守りをしてくれるのはだれですか。

ア、イ、ウすべてについて、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

2人以上いる場合には、中心になっている方、お1人についてお答えください。

ア	1 配偶者	5 その他の親族
	2 子	6 介護サービスの事業者
	3 子の配偶者	7 その他
	4 父母	

イ	1 同居者
	2 同居者以外

ウ	1 男
	2 女

質問14は、現在、病院、老人ホームなど、自宅以外のところに入院または入所中の方と、質問13で「1 手助けや見守りを必要とする」と回答された方にお聞きします。

質問14 入院や入所、手助けや見守りが必要となった原因は、何ですか。当てはまる番号すべてを○で囲み、2つ以上ある場合には、主たる原因の番号を1つだけ□に記入してください。

- 0 1 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞、脳卒中等）
- 0 2 心臓病
- 0 3 がん（悪性新生物）
- 0 4 呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等）
- 0 5 関節疾患（リウマチ等）
- 0 6 認知症
- 0 7 パーキンソン病
- 0 8 糖尿病
- 0 9 視覚・聴覚障害
- 1 0 骨折・転倒
- 1 1 脊髄損傷
- 1 2 高齢による衰弱
- 1 3 その他（ ）
- 1 4 不明

主たる原因 □

質問15 あなたは、平成17年11月1日現在、介護保険制度の要支援または要介護の認定を受けていますか。1～4のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

「4 要支援または要介護の認定を受けている」を○で囲んだ場合には、あなたが現在お持ちの介護保険被保険者証を確認したうえで、1～6のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

- 1 認定を申請していない
- 2 認定を申請中
- 3 自立と認定された

→ 質問17へ

- 4 要支援または要介護の認定を受けている

- 1 要支援
- 2 要介護1
- 3 要介護2
- 4 要介護3
- 5 要介護4
- 6 要介護5

質問16は、質問15で「4 要支援または要介護の認定を受けている」と回答された方にお聞きします。

質問16 あなたは、平成17年10月中に介護保険制度によるサービスを利用しましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。

「1 利用した」を○で囲んだ場合には、1～5のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

1 利用した	1 訪問系のサービス 〔訪問介護（ホームヘルプサービス） 訪問入浴介護 訪問看護（病院・診療所・訪問看護ステーション） 訪問リハビリテーション〕
2 利用しなかった	2 通所系のサービス 〔通所介護（デイサービス） 通所リハビリテーション（デイケア）〕
	3 短期入所サービス 〔短期入所生活介護（特別養護老人ホーム等でのショートステイ） 短期入所療養介護（老人保健施設等でのショートステイ）〕
	4 入所・入院サービス 〔介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 介護老人保健施設（老人保健施設） 介護療養型医療施設（療養病床等） 認知症高齢者グループホーム〕
	5 その他（ ）

質問17 あなたは、平成16年11月1日から平成17年10月31日までの1年間に、被爆者健康診断を受けましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。
 (被爆者健康手帳の一般検査の欄を参考にしてください。)
 また、矢印にしたがって「受診状況」もしくは「未受診理由」についてお答えください。

1 受けた

受診状況

問1 何回受けましたか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。
 (がん検診は、何種類受けても1回と数えてください。)

1 一回	3 三回
2 二回	4 四回

問2 その1年間の被爆者健康診断の結果で、一度でも要精密検査になりましたか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。
 (被爆者健康手帳の一般検査の「判定」の欄を参考にしてください。)

1 要精密検査になった
2 要精密検査にはならなかった
3 未判定(検査中)

問3 被爆者健康診断の精密検査を受けましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。
 また、その結果、一度でも異常がありましたか。1～3のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。
 (被爆者健康手帳の精密検査「異常の有無」の欄を参考にしてください。)

1 受けた	1 異常があった
	2 異常はなかった
2 受けなかった	3 未判定(検査中)

2 受けなかった

未受診理由

問1 受けなかったのは、主にどのような理由からですか。
 当てはまる主な番号を、ひとつだけ○で囲んでください。

1 健康だと思ったから
2 職場で健康診断を受けたから
3 老人保健の健康診断を受けたから
4 通院または入院・入所中だから
5 時間・場所等を知らなかったから
6 その他

質問18 あなたは、平成17年10月中に病院・診療所（医院）に入院または通院していましたか。あるいは、在宅医療（往診を含む。）を受けましたか。

当てはまる番号すべてを○で囲んで下さい。

- 1 入院していた
- 2 在宅医療を受けていた（在宅酸素療法、経管栄養等）
- 3 病院（歯科以外）・診療所（医院）へ通院した
- 4 歯科診療所・病院の歯科へ通院した
- 5 入院も通院もしなかった。また、在宅医療も受けなかった。

質問19 被爆者であることから、現在苦勞していたり、心配していることはありますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

「1 ある」を○で囲んだ場合には、1～7のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

- | | | |
|------|---|-------------------------------|
| 1 ある | → | 1 自分や家族の健康 |
| 2 ない | | 2 仕事のこと |
| | | 3 経済上の困窮 |
| | | 4 老後の生活 |
| | | 5 肉親の日常の世話 |
| | | 6 家族の将来（就職、結婚など） |
| | | 7 その他（ ） |

質問はこれで終わりです。
ご協力ありがとうございました。