

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

8 過去3カ月間の入院

1) 過去3カ月間に入院しましたか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい

2. いいえ

→ 1-1) 「1. はい」の場合は、それぞれの入院ごとに、「入院年月日」、「入院期間」、「入院の原因となった疾患」を記入してください。なお、入院の原因となった疾患については、以下の枠内から選んで記入してください。

	入院年月日	入院期間	入院の原因となった疾患 (下の枠内から1つだけ 選んでください。)
(例)	平成18年4月6日	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> 日間	1
1回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
2回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
3回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
4回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> 日間	

【 入院の原因となった疾患の種類 】

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） | 2. 心臓病            |
| 3. がん（悪性新生物）       | 4. 呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） |
| 5. 関節疾患（リウマチ等）     | 6. 認知症            |
| 7. パーキンソン病         | 8. 糖尿病            |
| 9. 視覚・聴覚障害         | 10. 骨折・転倒         |
| 11. 高齢による衰弱        | 12. その他           |
| 13. 不明             |                   |

## Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

### 9 基本チェックリスト

以下の項目につき、「はい」か「いいえ」のいずれかに○を付けてください。

	質問項目	回答	
1)	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2)	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3)	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4)	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5)	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6)	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	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	0. はい	1. いいえ
8)	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9)	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10)	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11)	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12)	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm      体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	1. はい	0. いいえ
13)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14)	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15)	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16)	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17)	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
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	1. はい	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	0. はい	1. いいえ
20)	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21)	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22)	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. 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	1. はい	0. いいえ
24)	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25)	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) 12)については、BMI（＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)）が18.5未満の場合に「1. はい」とする。

## Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

### 10 生活の質（QOL）

このアンケートは、あなたがご自分の健康をどのように考えているかをお伺いするものです。あなたが毎日どのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知る上で参考になります。

以下の項目について、それぞれ一番よく当てはまるもの1つに○を付けてください。

1) 全体的にみて、過去1カ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

(一番よく当てはまるもの1つに○)

- |          |             |
|----------|-------------|
| 1. 最高に良い | 2. とても良い    |
| 3. 良い    | 4. あまり良くない  |
| 5. 良くない  | 6. ぜんぜん良くない |

2) 過去1カ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。( 一番よく当てはまるもの1つに○ )

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. ぜんぜん妨げられなかった    | 2. わずかに妨げられた |
| 3. 少し妨げられた         | 4. かなり妨げられた  |
| 5. 体を使う日常活動ができなかった |              |

3) 過去1カ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。( 一番よく当てはまるもの1つに○ )

- |                  |              |
|------------------|--------------|
| 1. ぜんぜん妨げられなかった  | 2. わずかに妨げられた |
| 3. 少し妨げられた       | 4. かなり妨げられた  |
| 5. いつもの仕事ができなかった |              |

4) 過去1カ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

(一番よく当てはまるもの1つに○)

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. ぜんぜんなかった | 2. かすかな痛み   |
| 3. 軽い痛み     | 4. 中くらいの痛み  |
| 5. 強い痛み     | 6. 非常に激しい痛み |