

内 部	腎 臓 機 能	v.17
内 部	呼 吸 器 機 能	v.18
内 部	ぼうこう/直腸機能	v.19
内 部	小 腸 機 能	v.20
免 疫 機 能 障 害		v.21

複数の障害を有する場合は、障害の総数（上の表で回答欄に「1」と記入した項目の総数）を記入願います。 個 v.22

1-1-5 療育手帳の種類 v.23
 1. 療育手帳 A 2. 療育手帳 B
 ※ 申請中の場合は記入しないで下さい。

1-1-6 精神障害者保健福祉手帳の等級 級 v.24
 ※ 申請中の場合は記入しないで下さい。

1-2 介護の必要度 および 介護量 (ADL) について

1-2-1 FIM : Functional Independence Measure (機能的自立度評価法)
 による ADL 評価

別冊の質問紙方式のマニュアルを用いて ADL 評価を行ない、その結果をご記入下さい。

セルフ・ケアについて

A. 食事 ^{v.25} 点 B. 整容 ^{v.26} 点 C. 清拭 (入浴) ^{v.27} 点
 D. 更衣 (上半身) ^{v.28} 点 E. 更衣 (下半身) ^{v.29} 点
 F. トイレ動作 ^{v.30} 点

排泄 (排尿/排便) コントロールについて

G. 排尿コントロール ^{v.31} 点 H. 排便コントロール ^{v.32} 点

移乗について

I. ベッド, 椅子, 車椅子への移乗 ^{v.33} 点 J. トイレへの移乗 ^{v.34} 点
 K. 浴槽, シャワーへの移乗 ^{v.35} 点

移動について

L. 歩行, 車椅子での移動 ^{v.36} 点 M. 階段での移動 ^{v.37} 点

コミュニケーションについて

N. 理解 ^{v.38} 点 O. 表出 ^{v.39} 点



社会的認知について

P. 社会的交流 ^{v.40} 点 Q. 問題解決 ^{v.41} 点 R. 記憶 ^{v.42} 点

1-2-2 入院中の場合

家族側から、患者への付き添いの希望（宿泊を伴う）がありましたか ^{v.43}
 1. はい 2. いいえ

1-2-3 通院中の場合

通院の際、介護者が必要ですか ^{v.44}
 1. はい 2. いいえ
 質問 1-2-4, 1-2-5 へ進む  質問 2-1 へ進む


1-2-4 通院の介護者について

通院時の主たる介護者を下記より 1 人選び、ご記入下さい ^{v.45}

- 1. 夫 2. 妻 3. 息子 4. 娘 5. 息子の妻
- 6. 娘の夫 7. 父 8. 母 9. 兄弟 10. 姉妹
- 11. その他の家族・親戚 () 12. 友人・知人等
- 13. 市町村管轄のヘルパー 14. 個人契約の民間ヘルパー
- 15. ボランティア 16. その他 (1~15 以外:)

1-2-5 在宅での介護（終日）の要否について

在宅での介護を要しますか ^{v.46}
 1. はい 2. いいえ

 介護を行なっている人の数をご記入下さい。 人 ^{v.47}

2 経済的状況について

2-1 医療保険

医療保険の種類について、下記項目 1~14 から 1 つ 選び、ご記入下さい。 ^{v.48}
老人医療の場合は、他保険に優先して記入願います。

- 1. 政府管掌健康保険の本人 2. 政府管掌健康保険の家族 3. 組合健康保険の本人
- 4. 組合健康保険の家族 5. 共済組合の本人 6. 共済組合の家族
- 7. 船員保険の本人 8. 船員保険の家族 9. 国民健康保険 10. 老人医療

11. 生活保護 12. 労災 13. 自賠責 14. その他 ()

2-2 公費制度について

2-2-1 公費制度の利用状況

v.49

1. 利用している 2. 申請中 3. 利用していない
 質問2-2-2へ進む 質問2-2-3へ進む

2-2-2 利用している公費制度の種類 (複数選択可)

下表の公費制度の項目について、回答欄に該当は「1」、非該当は「2」とご記入下さい。申請中の場合は、利用見込みの公費制度についてお答え願います。

公費制度の種類	回答欄 該当：1，非該当：2
1. 更生医療	v.50
2. 育成医療	v.51
3. 国の特定疾患	v.52
4. 自治体の特定疾患	v.53
5. 小児慢性特定疾患	v.54
6. 特定疾病	v.55
7. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 32 条	v.56
8. その他 ()	v.57

公費制度を複数利用の場合は、利用制度の総数（上の表で回答欄に「1」と記入した項目の数）を記入願います。

個 v.58

2-2-3 公費制度を利用していない理由

下記より主たる理由をひとつ選び、ご記入下さい。

V.59

1. 所得制限 2. 制度について知らなかった 3. 利用を希望しなかった
 4. 該当しなかった 5. その他 ()

2-3 医療費助成制度について

2-3-1 医療費助成制度の利用状況

1. 利用している 2. 申請中 3. 利用していない
 質問2-3-2へ進む 質問2-3-3へ進む v.60

2-3-2 利用している医療助成制度の種類

申請中の場合は、利用見込みの制度についてご記入下さい。

1. 障害者 2. 乳幼児 3. ひとり親 v.61

2-3-3 医療資助成制度を利用していない理由

下記より主たる理由をひとつ選び、ご記入下さい。

v.62

1. 所得制限 2. 制度について知らなかった 3. 利用を希望しなかった
 4. 該当しなかった 5. その他 ()

2-4 年金について

2-4-1 年金の受給状況

何らかの年金を受給していますか

v.63

1. はい 2. 申請中 3. いいえ
 質問2-4-2へ進む 質問2-4-3へ進む

2-4-2 受給している年金の種類

下記の項目より主たるものを1つ選び、ご記入下さい。

申請中の場合は、受給見込みの年金についてお答え下さい。

v.64

1. 障害年金 2. 老齢年金 3. 遺族年金
 4. 軍人恩給 5. その他の年金 () 6. 不明

2-4-3 年金を受給していない理由

下記より主たる理由を1つ選び、ご記入下さい。

v.65

1. 受給要件を満たさなかった 2. 年金制度について知らなかった
 3. 手続きする暇がなかった 4. 年金の対象でない
 5. その他の理由 ()

2-5 手当について

2-5-1 手当の受給状況

何らかの手当を受給していますか

v.66

1. はい 2. 申請中 3. いいえ
 質問2-5-2へ進む 質問2-5-3へ進む

2-5-2 受給している手当の種類

下記の項目より主たるものを1つ選び、ご記入下さい。

申請中の場合は、受給見込みの手当についてお答え下さい。

v.67

1. 特別障害者手当 2. 経過的福祉手当 3. 障害児福祉手当
 4. 児童福祉手当 5. 特別児童扶養手当 6. その他 ()

2-5-3 手当を受給していない理由

下記項目1～5から主たる理由をひとつ選び、ご記入下さい。

v.68

1. 所得制限 2. 制度について知らなかった 3. 利用を希望しなかった

項目	回答欄 該当：1 非該当：2	人数	項目	回答欄 該当：1 非該当：2	人数
1. 本人	v.79	*	9. 息子の妻	v.87	*
2. 配偶者	v.80	*	10. 娘の夫	v.88	*
3. 息子	v.81	人 v.94	11. 孫	v.89	人 v.98
4. 娘	v.82	人 v.95	12. 孫の配偶者	v.90	人 v.99
5. 父	v.83	*	13. 祖父	v.91	*
6. 母	v.84	*	14. 祖母	v.92	*
7. 兄弟	v.85	人 v.96	15. その他	v.93	人 v.100
8. 姉妹	v.86	人 v.97			

家族項目について、上の表の回答欄で「1」と記入した項目の総数を
ご記入下さい。

 個
v.101

3-1-3 同居外の支援者について

同居の家族以外に支援者はいますか。

 v.102

1. いる 2. いない

支援者がいる場合は主たる支援者を下記から1つ選び、ご記入下さい。 v.103

1. 親戚 2. 友人・知人 3. 近隣 4. ボランティア 5. その他 ()

3-1-4 入院中の面会状況

1. 入院中である

2. 入院していない

 v.104

家族等による患者への面会回数は平均すると、何回くらいですか。

質問3-2へ進む

調査時点の状況を次の項目から1つ選び、ご記入下さい。

1. ほとんどなし 2. 月に1回程度 3. 半月に1回程度
4. 週に1回程度 5. ほとんど毎日

v.105

3-2 職業について

3-2-1 職業分類

患者ご本人の主たる職業について下表の職業分類（項目番号1～21）から1つ選び、その項目番号をご記入下さい。

 v.106

表：職業分類

		職業分類	項目番号
被 用 者	民 間	デスクワーク	1
		営業	2
		専門職（例：医師、弁護士、教員等）	3
		現場作業（例：工場組み立てライン等）	4
		上記項目1～4を2つ以上兼ねている場合	5

被 用 者	公 務 員	デスクワーク	6
		営業	7
		専門職 (例: 医師, 弁護士, 教員等)	8
		現場作業 (例: 工場組み立てライン等)	9
		上記項目 6~9 を 2 つ以上兼ねている場合	10
自 営		デスクワーク	11
		営業	12
		専門職 (例: 医師, 弁護士, 教員等)	13
		現場作業 (例: 工場組み立てライン等)	14
		上記項目 11~14 を 2 つ以上兼ねている場合	15
パート (準職員または 6~12 ヶ月の長期契約)			16
アルバイト (6 ヶ月未満の短期契約)			17
主婦			18
園児・学童 (保育園児, 幼稚園児, 小学生)			19
学生 (中学生, 高校生, 専門学校生, 大学生など)			20
無職			21

3-2-2 就労・就学の状況

何らかの仕事 (主婦の家事労働を含む)、
または学業 (園児を含む) 等に就いている

無職である

質問 3-2-3 へ進む

その仕事・学業には平均して週何日くらい携わっていますか

日/週 v.107

例 1) 週休 2 日勤務の場合は「5 日/週」となります。

例 2) 家族のために毎日家事労働や育児を行なう主婦は、通常「7 日/週」であると思われませんが、その日数が病気や障害のために減少したり、あるいは病気や障害にもかかわらず「7 日/週」を維持している場合も考えられます。

例 3) 2 週に 1 日などの就労状況である場合は、「週何日」に換算して下さい。この場合は「0.5 日/週」となります。

3-2-3 無職の理由

v.108

無職の理由について下記項目から主たるものを 1 つ選び、ご記入下さい。

1. 経済的に困らないため 2. 高齢のため 3. 扶養されているため
4. 病状や障害による就労不能 5. 仕事がないため 6. その他 ()

3-3 通院状況について

3-3-1 通院時間: 往 (来院時の所要時間)

来院時の所要時間について、下の「表: 通院時間」より該当するものを 1 つ選び、ご記入下さい。

v.109

3-3-2 通院時間：復（帰宅時の所要時間）

帰宅時の所要時間について、下の「表：通院時間」より
該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。

 v.110

表：通院時間

1. 10分未満	2. 10分以上 20分未満	3. 20分以上 30分未満
4. 30分以上 60分未満	5. 60分以上 90分未満	6. 90分以上 120分未満
7. 120分以上		

3-3-3 主たる通院手段：往路（来院時）

来院時の主たる通院手段（最も長い距離を利用するもの）について
下の「表：通院手段」から 1つ 選び、ご記入下さい。

 v.111
3-3-4 主たる通院手段：復路（帰宅時）

帰宅時の主たる通院手段（最も長い距離を利用するもの）について
下の「表：通院手段」から 1つ 選び、ご記入下さい。

 v.112

表：通院手段

1. 車：本人運転	2. 車：家族等の運転	3. バス	4. タクシー
5. バイク	6. 自転車	7. 徒歩	8. 鉄道
9. 地下鉄	10. 路面電車	11. 送迎バス	12. 船
13. 飛行機	14. その他（ ）		

3-4 医療福祉サービスの利用状況について**3-4-1 訪問診療について**

1. 利用している 2. 利用していない v.113

3-4-2 訪問看護について

次の1～4のうち該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。 v.114

1. 利用中 → 質問 3-4-2：A へ進む
2. 以前利用したことがある → 質問 3-4-2：B へ進む
3. 利用したことがない → 質問 3-4-2：C へ進む
4. 不明 → 質問 3-4-3 へ進む

3-4-2：A 訪問看護を利用中の場合

利用中の訪問看護サービス内容について、下表サービス項目の各回答欄に
該当は「1」、非該当は「2」、不明は「3」とご記入下さい。

サービス項目	回答欄 1:該当, 2:非該当, 3:不明
1. リハビリテーション	v.115
2. 褥瘡のケア	v.116
3. 装具医療機器等の操作援助・管理	v.117

上記で該当項目が複数の場合は、選択項目の総数
(回答欄に「1」と記入した項目の総数) をご記入下さい。 v.118 項目

現在、訪問看護を週に何回利用していますか。 回/週 v.119

訪問看護の供給主体はどこですか。 v.120

1. 医療機関
2. 訪問看護ステーション（独立型）
3. 訪問看護ステーション（併設型）
4. 市町村の訪問看護指導
5. 保険適用外の民間訪問看護ステーション

3-4-2 : B 訪問看護を利用したことがある場合

以前利用した訪問看護サービス内容について、下表サービス項目の各回答欄に該当は「1」、非該当は「2」、不明は「3」とご記入下さい。

サービス項目	回答欄 1:該当, 2:非該当, 3:不明
1. リハビリテーション	v.121
2. 褥瘡のケア	v.122
3. 装具医療機器等の操作援助・管理	v.123

上記で該当項目が複数の場合は、選択項目の総数（回答欄に「1」と記入した項目の総数）をご記入下さい。 項目 v.124

訪問看護を以前週に何回利用していましたか。 回/週 v.125

訪問看護の利用をやめた理由の主たるものについて、
下記1～6の項目より 1つ 選び、ご記入下さい。 v.126

1. 施設入所のため
2. 入院のため
3. 必要がなくなったため
4. サービスに不満があったため
5. 経済的な理由のため
6. その他

訪問看護の供給主体はどこでしたか。 v.127

1. 医療機関
2. 訪問看護ステーション（独立型）
3. 訪問看護ステーション（併設型）
4. 市町村の訪問看護指導
5. 保険適用外の民間訪問看護ステーション

3-4-2 : C 訪問看護を利用したことがない場合

その主たる理由について下記の項目1～4より該当するものを v.128
1つ 選び、ご記入下さい。

1. 利用の必要がない
2. サービスについて知らなかった
3. 利用したいが出来ない事情がある
4. その他



その事情について次の項目①～④より
該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。 v.129

- ① 家族の事情
- ② 手続きに関する事情
- ③ 経済的な事情
- ④ その他 ()

3-4-3 デイケア・デイサービスについて

次の1～4のうち該当するものを1つ選び、ご記入下さい。 v.130

1. 利用中 → 質問3-4-3:Aへ進む
2. 以前利用したことがある → 質問3-4-3:Bへ進む
3. 利用したことがない → 質問3-4-3:Cへ進む
4. 不明 → 質問3-4-4へ進む

3-4-3:A デイケア・デイサービスを利用中の場合

利用中のサービスについて該当する項目を1つ選び、ご記入下さい。 v.131

1. デイケア
2. デイサービス
3. デイケアとデイサービスの両方

現在、デイケア・デイサービスを週に何回利用していますか 回/週 v.132

デイケア・デイサービスの自己負担はありますか v.133

1. 自己負担あり
2. 自己負担なし

自己負担はいくらですか 円 v.134

デイケア・デイサービス利用に際して、誰からか紹介・調整援助を受けましたか

1. はい
 2. いいえ
-
- v.135

誰から紹介・調整援助を受けましたか。下の紹介・調整職種について、回答欄に該当は「1」、非該当「2」とご記入下さい。

紹介・調整職種	回答欄	紹介・調整職種	回答欄
MSW（医療機関所属の社会福祉士を含む）	v.136	薬剤師	v.150
PSW	v.137	理学療法士	v.151
社会福祉士（医療機関以外に所属）	v.138	作業療法士	v.152
精神保健福祉士	v.139	視能訓練士	v.153
ホームヘルパー・介護福祉士	v.140	臨床工学士	v.154
相談指導員（老健施設・福祉施設）	v.141	放射線技師	v.155
自治体の保健福祉関連職員	v.142	臨床検査技師	v.156
民生委員	v.143	義肢装具士	v.157
医療機関の事務職員	v.144	臨床心理士	v.158
医師	v.145	言語聴覚士	v.159
歯科医師	v.146	栄養士	v.160
看護婦	v.147	保母	v.161
保健婦	v.148	その他	v.162
助産婦	v.149	()	

該当職種が複数の場合は、職種の総数をご記入願います。 v.163

3-4-3 : B デイケア・デイサービスを利用したことがある場合 v.164


以前利用したサービスについて該当する項目を 1つ 選び、ご記入下さい。

1. デイケア 2. デイサービス 3. デイケアとデイサービスの両方

デイケア・デイサービスを週に何回利用していましたか 回/週 v.165

デイケア・デイサービスを以前利用した際、自己負担はありましたか

1. 自己負担あり 2. 自己負担なし v.166


 自己負担はいくらでしたか 円 v.167

デイケア・デイサービスの利用をやめた理由の主たるものについて、
下記 1～6 の項目より 1つ 選び、ご記入下さい。 v.168

1. 施設入所のため 2. 入院のため 3. 必要がなくなったため
4. サービスに不満があったため 5. 経済的な理由のため 6. その他

3-4-3 : C デイケア・デイサービスを利用したことがない場合
その主たる理由について下記の項目 1～4 より該当するものを v.169
1つ 選び、ご記入下さい。

1. 利用の必要がない 2. サービスについて知らなかった
3. 利用したいが出来ない事情がある 4. その他

 その事情について次の項目①～④より v.170
該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。

- ①家族の事情 ②手続きに関する事情 ③経済的な事情 ④その他 ()

3-4-4 市町村の訪問介護：ホームヘルプサービス（民間委託も含む）について

次の 1～4 のうち該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。 v.171

1. 利用中 → 質問 3-4-4 : A へ進む
2. 以前利用したことがある → 質問 3-4-4 : B へ進む
3. 利用したことがない → 質問 3-4-4 : C へ進む
4. 不明 → 質問 3-4-5 へ進む

3-4-4 : A 市町村の訪問介護：ホームヘルプサービスを利用中の場合

利用中の訪問介護：ホームヘルプサービスの内容について、下表サービス項目の各
回答欄に該当は「1」、非該当は「2」、不明は「3」とご記入下さい。

サービス項目	回答欄	サービス項目	回答欄
1. 家事援助	v.172	3. 介護	v.174
2. 通院介助	v.173	4. その他	v.175

上記で該当項目が複数の場合は、選択項目の総数をご記入下さい。 v.176
項目

現在、市町村の訪問介護：ホームヘルプサービスを週に何回利用していますか 回/週 v.177

現在、市町村の訪問介護：ホームヘルプサービスをどの形態で利用中ですか

1. 滞在型 2. 巡回型 v.178

1回の滞在時間は 時間/回 v.179

市町村の訪問介護：ホームヘルプサービスで自己負担はありますか v.180

1. 自己負担あり 2. 自己負担なし

3-4-4 : B 市町村の訪問介護：ホームヘルプサービスを利用したことがある場合

以前利用した訪問介護：ホームヘルプサービスの内容について、下表サービス項目の各回答欄に該当は「1」、非該当は「2」、不明は「3」とご記入下さい。

サービス項目	回答欄	サービス項目	回答欄
1. 家事援助	v.181	3. 介護	v.183
2. 通院介助	v.182	4. その他	v.184

上記で該当項目が複数の場合は、選択項目の総数をご記入下さい。 個 v.185

以前、市町村の訪問介護：ホームヘルプサービスを週に何回利用していましたか 回/週 v.186

市町村の訪問介護：ホームヘルプサービスをどの形態で利用していましたか

1. 滞在型 2. 巡回型 v.187

1回の滞在時間は 時間/回 v.188

市町村の訪問介護：ホームヘルプサービスで自己負担はありましたか v.189

1. 自己負担あり 2. 自己負担なし

市町村の訪問介護：ホームヘルプサービスの利用をやめた理由について主たるものを下記1～6の項目より 1つ選び、ご記入下さい。 v.190

1. 施設入所のため 2. 入院のため 3. 必要がなくなったため
4. サービスに不満があったため 5. 経済的な理由のため 6. その他

3-4-4 : C 市町村の訪問介護：ホームヘルプサービスを利用したことがない場合

その主たる理由について下記の項目1～4より該当するものを v.191 1つ選び、ご記入下さい。

1. 利用の必要がない 2. サービスについて知らなかった

3. 利用したいが出来ない事情がある 4. その他



その事情について次の項目①～④より v.192
該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。

- ①家族の事情 ②手続きに関する事情 ③経済的な事情 ④その他 ()

3-4-5 民間の訪問介護：ホームヘルプサービス（個人契約）について

次の1～4のうち該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。 v.193

1. 利用中 → 質問 3-4-5 : A へ進む
2. 以前利用したことがある → 質問 3-4-5 : B へ進む
3. 利用したことがない → 質問 3-4-5 : C へ進む
4. 不明 → 質問 3-4-6 へ進む

3-4-5 : A 民間の訪問介護（個人契約）：ホームヘルプサービスを利用中の場合

利用中の訪問介護（ホームヘルプ）サービス内容について、下表サービス項目の各回答欄に該当は「1」、非該当は「2」、不明は「3」とご記入下さい。

サービス項目	回答欄	サービス項目	回答欄
1. 家事援助	v.194	3. 介護	v.196
2. 通院介助	v.195	4. その他	v.197

上記で該当項目が複数の場合は、選択項目の総数をご記入下さい。 v.198
項目

現在、民間の訪問介護（個人契約）：ホームヘルプサービスを v.199
週に何回利用していますか 回/週

現在、民間の訪問介護（個人契約）：ホームヘルプサービスを
どの形態で利用中ですか

1. 滞在型 2. 巡回型 v.200

1回の滞在時間は v.201
何時間ですか 時間/回

民間の訪問介護（個人契約）：ホームヘルプサービスの v.202
1回あたりの自己負担額（交通費等を含む）はいくらですか 円


3-4-5 : B 民間の訪問介護（個人契約）：ホームヘルプサービスを利用したことがある場合

以前利用した訪問介護（ホームヘルプ）サービス内容について、下表サービス項目の各回答欄に該当は「1」、非該当は「2」、不明は「3」とご記入下さい。

サービス項目	回答欄	サービス項目	回答欄
1. 家事援助	v.203	3. 介護	v.205
2. 通院介助	v.204	4. その他	v.206

上記で該当項目が複数の場合は、選択項目の総数をご記入下さい。 個
v.207

以前、民間の訪問介護（個人契約）：ホームヘルプサービスを
週に何回利用していましたか 回/週 v.208

民間の訪問介護：ホームヘルプサービスをどの形態で利用していましたか
 1. 滞在型 2. 巡回型 v.209
 1回の滞在時間は 時間/回 v.210
 何時間でしたか


以前利用した民間の訪問介護（個人契約）：ホームヘルプサービスの
1回あたりの自己負担額（交通費等を含む）はいくらでしたか 円 v.211

民間の訪問介護（個人契約）：ホームヘルプサービスの利用をやめた
理由で主たるものについて、下記項目より 1つ 選び、ご記入下さい。 v.212
 1. 施設入所のため 2. 入院のため 3. 必要がなくなったため
 4. サービスに不満があったため 5. 経済的な理由のため 6. その他

**3-4-5 : C 民間の訪問介護（個人契約）：ホームヘルプサービスを
利用したことがない場合**

その主たる理由について下記の項目 1～4 より該当するものを v.213
1つ選び、ご記入下さい。

1. 利用の必要がない 2. サービスについて知らなかった
 3. 利用したいが出来ない事情がある 4. その他

 その事情について次の項目①～④より v.214
 該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。

- ①家族の事情 ②手続きに関する事情 ③経済的な事情 ④その他 ()

3-4-6 訪問入浴について

次の 1～4 のうち該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。 v.215

1. 利用中 → 質問 3-4-6 : A へ進む
 2. 以前利用したことがある → 質問 3-4-6 : B へ進む
 3. 利用したことがない → 質問 3-4-6 : C へ進む
 4. 不明 → 質問 3-4-7 へ進む

3-4-6 : A 訪問入浴を利用中の場合

利用回数について、「週何回」に換算してご記入下さい。 回/週 v.216

1回の費用についてご記入下さい。 円/回 v.217

3-4-6 : B 訪問入浴を利用したことがある場合

以前の利用回数について、「週何回」に換算してご記入下さい。 v.218 回/週

以前利用したときの1回の費用についてご記入下さい。 円/回 v.219

訪問入浴の利用をやめた理由で主たるものについて、
下記項目より 1つ 選び、ご記入下さい。 v.220

1. 施設入所のため
2. 入院のため
3. 必要がなくなったため
4. サービスに不満があったため
5. 経済的な理由のため
6. その他

3-4-6 : C 訪問入浴を利用したことがない場合

その主たる理由について下記の項目1～4より該当するものを v.221
1つ 選び、ご記入下さい。

1. 利用の必要がない
2. サービスについて知らなかった
3. 利用したいが出来ない事情がある
4. その他



その事情について次の項目①～④より
該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。 v.222

- ①家族の事情 ②手続きに関する事情 ③経済的な事情 ④その他 ()

3-4-7 配食サービスについて

次の1～4のうち該当するものを 1つ 選び、ご記入下さい。 v.223

1. 利用中 → 質問 3-4-7 : A へ進む
2. 以前利用したことがある → 質問 3-4-7 : B へ進む
3. 利用したことがない → 質問 3-4-7 : C へ進む
4. 不明 → 質問 3-4-8 へ進む

3-4-7 : A 配食サービスを利用中の場合

利用回数について、「週何回」に換算してご記入下さい。 回/週 v.224

1回の費用についてご記入下さい。 円/回 v.225

3-4-7 : B 配食サービスを利用したことがある場合

以前の利用回数について、「週何回」に換算してご記入下さい。 v.226 回/週

以前利用したときの1回の費用についてご記入下さい。 v.227 円/回


配食サービス利用をやめた理由で主たるものについて、
下記項目より 1つ 選び、ご記入下さい。 v.228

1. 施設入所のため
2. 入院のため
3. 必要がなくなったため
4. サービスに不満があったため
5. 経済的な理由のため
6. その他

3-4-7 : C 配食サービスを利用したことがない場合

その主たる理由について下記の項目1～4より該当するものを v.229
1つ選び、ご記入下さい。




1. 利用の必要がない 2. サービスについて知らなかった
3. 利用したいが出来ない事情がある 4. その他

 その事情について次の項目①～④より v.230
該当するものを1つ選び、ご記入下さい。

- ①家族の事情 ②手続きに関する事情 ③経済的な事情 ④その他 ()

3-4-8 短期入所 (ショートステイ) について

次の項目より該当するものを1つ選び、ご記入下さい。 v.231

-  1. 利用したことがある  2. 利用したことがない  3. 不明
質問 3-4-8 : A へ進む 質問 3-4-8 : B へ進む 質問 3-4-9 へ進む

3-4-8 : A 短期入所 (ショートステイ) を利用したことがある場合


利用施設について、該当項目を1つ選び、ご記入下さい。 v.232

1. 特養 2. 老健 3. 特養と老健の両方

これまでの利用回数について該当項目を1つ選び、ご記入下さい。 v.233

1. 1回 2. 2回 3. 3回以上

費用について次の項目より1つ選び、ご記入下さい。 v.234


-  1. 自己負担あり 2. 自己負担なし

円/回 v.235

3-4-8 : B 短期入所 (ショートステイ) を利用したことがない場合

その主たる理由について下記の項目1～4より該当するものを v.236
1つ選び、ご記入下さい。




1. 利用の必要がない 2. サービスについて知らなかった
3. 利用したいが出来ない事情がある 4. その他

 その事情について次の項目①～④より v.237
該当するものを1つ選び、ご記入下さい。

- ①家族の事情 ②手続きに関する事情 ③経済的な事情 ④その他 ()

3-4-9 福祉機器関連サービスについて

次の項目より該当するものを1つ選び、ご記入下さい。 v.238

-  1. 利用したことがある  2. 利用したことがない  3. 不明
質問 3-4-9 : A へ進む 質問 3-4-9 : B へ進む 質問 3-4-10 へ進む

3-4-9 : A 福祉機器関連サービスを利用したことがある場合 (複数選択可)

以下の項目について、回答欄に該当は「1」、非該当は「2」をご記入下さい。

サービス項目	回答欄 該当1, 非該当2	サービス項目	回答欄 該当1, 非該当2
1. ベッド	v.239	5. 杖	v.243
2. エアマット	v.240	6. 緊急通報システム	v.244
3. ポータブルトイレ	v.241	7. その他	v.245
4. 車椅子	v.242		

該当項目が複数の場合は、該当項目の総数を記入願います。

項目
v.246

3-4-9 : B 福祉機器関連サービスを利用したことがない場合

その主たる理由について下記の項目1~4より該当するものを1つ選び、ご記入下さい。

v.247

1. 利用の必要がない 2. サービスについて知らなかった
3. 利用したいが出来ない事情がある 4. その他



その事情について次の項目①~④より

v.248

該当するものを1つ選び、ご記入下さい。

- ①家族の事情 ②手続きに関する事情 ③経済的な事情 ④その他 ()

3-4-10 その他の医療福祉サービスについて

上記の医療福祉諸サービス以外のサービスについて、該当項目を記入願います。

1. 利用中 → 質問3-4-10 : Aへ進む
2. 以前利用したことがある → 質問3-4-10 : Bへ進む
3. 利用したことがない → 質問4へ進む

v.249

3-4-10 : A その他の医療福祉サービスを利用中の場合 (複数選択可)

利用中のサービス項目について、該当は「1」、非該当は「2」と回答欄にご記入下さい。

サービス項目	回答欄 (該当: 1, 非該当2)
1. 移送サービス	v.250
2. 乳酸菌飲料サービス	v.251
3. 居宅介護のための住宅改修等	v.252
4. 上記以外のサービス	v.253

v.254

複数のサービスを利用中の場合は、項目の総数を記入願います。

項目

3-4-10 : B その他の医療福祉サービスを利用したことがある場合 (複数選択可)

以前利用したことのあるサービス項目について、該当は「1」、非該当は「2」と回答欄にご記入下さい。

サービス項目	回答欄 (該当: 1, 非該当2)
1. 移送サービス	v.255

2. 乳酸菌飲料サービス	v.256
3. 居宅介護のための住宅改修等	v.257
4. 上記以外のサービス	v.258

v.259

複数のサービスを利用中の場合は、該当項目の総数を記入願います。 個

3-5 その他の特記すべき社会的状況について

1. あり 2. なし v.260

「あり」の場合、下記項目について回答欄に該当は「1」、非該当は「2」とご記入下さい（複数選択可）。

社会的問題の内容	回答欄 該当：1，非該当：2
1. 就労・就学上の問題	v.261
2. 人間関係の問題	v.262
3. 居住環境に関する問題	v.263
4. 療養生活をサポートするシステムに関する問題	v.264
5. その他の社会的問題	v.265

v.266

上の表で回答欄に「1」と記入した項目の総数をご記入下さい。 項目

4 心理的状況について

4-1 医療費に関する不安について

4-1-1 現在の不安（例：病院への支払い、高額な医療費、個室料金等）について

不安の度合いについて下記より該当する番号を 1つ 選び、ご記入下さい。

不明の場合は「0」と記入願います。

v.267

まったく 不安でない	あまり 不安でない	どちらとも いえない	やや 不安	非常に 不安
1	2	3	4	5

4-1-2 将来の不安（例：医療保障諸制度の縮小に対する懸念など）について

不安の度合いについて下記より該当する番号を 1つ 選び、ご記入下さい。

不明の場合は「0」と記入願います。

v.268

まったく 不安でない	あまり 不安でない	どちらとも いえない	やや 不安	非常に 不安
1	2	3	4	5

4-2 医療費以外の経済的問題に関する不安について

4-2-1 現在の不安(例:生活費、住宅ローン、教育費、交通費など)について

不安の度合いについて下記より該当する番号を1つ選び、ご記入下さい。

不明の場合は「0」と記入願います。

v.269

まったく 不安でない	あまり 不安でない	どちらとも いえない	やや 不安	非常に 不安
1	2	3	4	5

4-2-2 将来の不安(例:支給年金の減少に対する懸念など)について

不安の度合いについて下記より該当する番号を1つ選び、ご記入下さい。

不明の場合は「0」と記入願います。

v.270

まったく 不安でない	あまり 不安でない	どちらとも いえない	やや 不安	非常に 不安
1	2	3	4	5

4-3 病気(例:病状や苦痛など)や障害(例:ADLの低下など)に関する不安について

不安の度合いについて下記より該当する番号を1つ選び、ご記入下さい。

不明の場合は「0」と記入願います。

v.271

まったく 不安でない	あまり 不安でない	どちらとも いえない	やや 不安	非常に 不安
1	2	3	4	5

4-4 検査・治療の方針や内容に関する不安について

不安の度合いについて下記より該当する番号を1つ選び、ご記入下さい。

不明の場合は「0」と記入願います。

v.272

まったく 不安でない	あまり 不安でない	どちらとも いえない	やや 不安	非常に 不安
1	2	3	4	5

4-5 就労・就学に関する不安について

※ 質問4-5は、何らかの仕事(主婦の家事労働を含む)または学業(幼稚園児等を含む)に携わっている場合、および携わることについて検討可能な場合が対象となります。

※ 年齢、病状、障害など諸種の理由から就労・就学について検討不可能な場合は、
質問4-6へ進んでください。

4-5-1 現在の不安（例：病気が仕事に及ぼす影響への懸念、等）について

不安の度合いについて下記より該当する番号を 1つ 選び、ご記入下さい。

不明の場合は「0」と記入願います。

v.273

まったく 不安でない	あまり 不安でない	どちらとも いけない	やや 不安	非常に 不安
1	2	3	4	5

4-5-2 将来の不安（例：職場復帰への懸念、等）について

不安の度合いについて下記より該当する番号を 1つ 選び、ご記入下さい。

不明の場合は「0」と記入願います。

v.270

まったく 不安でない	あまり 不安でない	どちらとも いけない	やや 不安	非常に 不安
1	2	3	4	5

4-6 通院（例：所要時間、通院介助、待ち時間、等）に関する不安について

※ 入院中の場合は質問4-7へ進んでください。

v.271

不安の度合いについて下記より該当する番号を 1つ 選び、ご記入下さい。

不明の場合は「0」と記入願います。

まったく 不安でない	あまり 不安でない	どちらとも いけない	やや 不安	非常に 不安
1	2	3	4	5

4-7 在宅療養（例：在宅の医学管理・看護・介護）に関する不安について

不安の度合いについて下記より該当する番号を 1つ 選び、ご記入下さい。

不明の場合は「0」と記入願います。

v.272

まったく 不安でない	あまり 不安でない	どちらとも いけない	やや 不安	非常に 不安
1	2	3	4	5