

## 承 諾 書

大腿骨頸部骨折の治療に関する調査について裏面に記載されたとおりの説明を受け、納得しましたので、研究に参加することを承諾します。またこの調査のために医療、介護従事者が私の健康状態に関する情報を提供することについても承諾いたします。

説明者 \_\_\_\_\_ 病院 整形外科  
医師 \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

患者氏名 (自署) \_\_\_\_\_  
代理人氏名 (自署) \_\_\_\_\_

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-AE (入院時記入・登録シート) 1P		
記入者役職	医師・看護師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

登録シート (入院時)

記入者: 医師・看護師・PT/OT・調査員・( )

1. 研究用個人コード ( \_\_\_\_\_ )

2. 病院内患者 ID ( \_\_\_\_\_ )

3. 氏名  
フリガナ  
[ \_\_\_\_\_ ]

4. 生年月日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ; 満 \_\_\_\_\_ 歳 )

5. 性別 ( 男性 ・ 女性 )

6. 自宅 住所 [ 〒 \_\_\_\_\_ ]  
[ \_\_\_\_\_ ]

電話 ( \_\_\_\_\_ )

F A X ( \_\_\_\_\_ )

7. 連絡先 住所 [ 〒 \_\_\_\_\_ ]  
[ \_\_\_\_\_ ]

電話 ( \_\_\_\_\_ )

F A X ( \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

8. 病院名 ( \_\_\_\_\_ )

9. 主治医 ( \_\_\_\_\_ )

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-AC (入院時記入・患者状態調査票) 2P		
記入者役職	医師・看護師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

患者状態調査票(入院時)

記入者:医師・看護師・PT/OT・調査員・( )

1. 現病歴
- 1) 受傷・発症年月日 ( 年 月 日)
- 2) 受傷時間帯 起床～朝食 朝食～昼食 昼食～夕食  
夕食～就寝 就寝～起床
- 3) 受傷場所 1 自宅 (庭 ベランダ 玄関 風呂 トイレ 階段  
廊下 台所 居間 寝室 それ以外 ( ))  
病院 施設 その他 ( ))
- 4) 受傷場所 2 屋内 屋外
- 5) 受傷原因 転倒※ (ここでは"立位以下の高さから"と定義)  
転落※ (ここでは"立位より上の高さから、墜落も含む"と定義)  
交通事故 ( ) 受傷機転無 記憶なし  
不明 その他 ( )
- ※転倒・転落の原因 具体的に <任意>  
( )
- 6) 入院年月日 ( 年 月 日)
- 7) 前医の有無 有 無
- 8) 前医の初診年月日 ( 年 月 日)
2. 骨折の分類
- <入院時>
- 1) 頰部骨折・転子部骨折  
頰部骨折 :Garden stage stage: I II III IV  
転子部骨折:分類 安定型 不安定型
- 2) 合併骨折 無 有 ( )
3. 入院時検査
- 1) Alb <任意> ( )
- 02 ( ) 2) Hb ( )
- ※投与中 3) 血液ガス等 SaO2 ( )  
PO2 ( ) <任意>  
PCO2 ( ) <任意>  
BE ( ) <任意>
- 4) CRP ( )
4. 骨折既往
- 1) 反対側の大腿骨頰部・転子部骨折 無 有
- 2) 腰椎圧迫骨折 無 有
- 3) 胸椎圧迫骨折 <任意> 無 有 未撮影
- 4) 橈骨遠位端骨折 無 有
- 5) 上腕骨近位端骨折 無 有
- 6) その他の骨折 無 有 ( )

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

- 5.骨折前からの合併症 骨粗鬆症 (診断を受けていない 診断を受けているが治療していない 治療中である)  
運動器の障害 (無 有)  
有の場合の原因 (下肢の骨折の既往、変形性関節症 (股・膝・足) 関節リウマチ  
脊髄・馬尾の障害 下肢の切断 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

- 悪性腫瘍 (部位 \_\_\_\_\_ )  
心疾患 (心筋梗塞 心不全 不整脈 ペースメーカー埋め込み  
その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
呼吸器疾患 (喘息 肺気腫 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
腎疾患 (腎不全 透析中 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
高血圧  
高脂血症  
糖尿病 (現在は治療していない 経口薬を服用中 インシュリン注射)  
精神疾患 (痴呆 うつ その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
麻痺性疾患 (片麻痺 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
神経疾患 (パーキンソン病 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
視力障害 (白内障 緑内障 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
聴力障害 (高度の難聴 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
その他の疾患 ( \_\_\_\_\_ )

- 6.もの忘れ度 本人に聞く  
1)最近、もの忘れをしますか?  
殆どもの忘れをすることはない 時々ある しょっちゅうある 答えられない  
2)骨折する前と比べて、もの忘れがひどくなりましたか?  
変わっていない ひどくなった よくわからない  
本人以外 (家族・医師・看護師・施設職員・その他 ( \_\_\_\_\_ ) )に聞く  
1)最近、もの忘れをしますか?  
殆どもの忘れをすることはない 時々ある しょっちゅうある 意思疎通が困難  
2)骨折する前と比べて、もの忘れがひどくなりましたか?  
変わっていない ひどくなった よくわからない  
骨折前の状態を知らないので回答できない

- 7.痴呆度 正常  
何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。(I)  
日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。(II)  
家庭外で上記の状態がみられる。(IIa)  
家庭内でも上記の状態が見られる。(IIb)  
日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。(III)  
日中を中心として上記 III の状態が見られる。(IIIa)  
夜間を中心として上記 III の状態が見られる。(IIIb)  
日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、専門医療を必要とする。(IV)  
著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。(M)

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-AB (入院時記入・患者背景調査票) 2P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

**患者背景調査票 (入院直前の状態)**

記入者:看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

1.要介護認定

- ・なし
- ・要支援 要介護度1 要介護度2 要介護度3 要介護度4 要介護度5

2.介護保険サービス利用状況

- 受けていず
- ヘルパー デイサービス(通所介護) デイケア(通所リハ) 訪問介護 訪問看護 その他 ( )

3.身体障害者手帳:無

- 有⇒1級 2級 3級 4級 5級 6級
- ⇒障害名:肢体不自由 視覚 聴覚 心臓 腎臓 その他 ( )

4.すまい:

- 一戸建て
- アパート・マンション(居住階:\_\_\_階、エレベーター(有 無) )
- 病院:一般 亜急性期 回復期リハ 療養型 特殊疾患Ⅰ 特殊疾患Ⅱ ( ) 病 院

名: ( )

- 施設:介護療養型 介護老人保健施設(老健) 痴呆対応型グループホーム
- 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) (施設

名: ( )

- その 他

( )

※病院・施設の種類が不明な場合には、病院名・施設名を正確に記入してください。

5.家族・同居者

1)同居・同一家屋内家族の数と構成

- ※看護記録の家系図を裏面(または次頁)に貼付してください。
- 貼付しない場合は集計欄に記入してください。

2)家族以外の同居者:無 有(具体的に:\_\_\_\_\_)

※家系図を貼付した場合も、2)家族以外の同居者も必ず記入してください。

6.仕事: していない

- 趣味・手伝い程度の労働をしている(具体的に:\_\_\_\_\_)
- 収入を得るために仕事をしている(具体的に:\_\_\_\_\_)
- 専業主婦(主夫)として家事をしている

7.主婦(主夫)としての役割: なし 家庭での主たる主婦(主夫) 主たる主婦(主夫)は別にいる

家事援助を受けている

8.趣味:無 有(具体的に:\_\_\_\_\_)

9.社会活動への参画:無 有(具体的に:\_\_\_\_\_)

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

患者背景調査票 (入院直前の状態)の 2 枚目

5.家族・同居者

1)同居・同一家屋内家族の数と構成

<看護記録の家系図(写)の貼付欄> 同居・同一家屋内家族は○で囲んでください。

<集計者記入欄> この枠内は集計時に記入します。

1)同居・同一家屋内家族の数と構成

1-1)同居・同一家屋内家族の数(本人は数えず): \_\_\_\_\_人

その他、同一敷地内同居家族の数 : \_\_\_\_\_人

1-2)同居・同一家屋内家族の構成

(1)配偶者: 無 有( \_\_\_\_\_歳)

(2)子(男・女、 \_\_\_\_\_歳) 子の配偶者(無 有( \_\_\_\_\_歳位))

子(男・女、 \_\_\_\_\_歳) 子の配偶者(無 有( \_\_\_\_\_歳位))

子(男・女、 \_\_\_\_\_歳) 子の配偶者(無 有( \_\_\_\_\_歳位))

(3)孫: \_\_\_\_\_人

(4)その他: 続柄( \_\_\_\_\_ ), (男・女、 \_\_\_\_\_歳)

続柄( \_\_\_\_\_ ), (男・女、 \_\_\_\_\_歳)

続柄( \_\_\_\_\_ ), (男・女、 \_\_\_\_\_歳)

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-AA (入院時記入・ADL 評価調査票) 1P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

ADL 評価調査票 [手術施行医療機関] (骨折前の状況)

記入者:看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

自立度 ADL 等	受傷直前生活での実行状況 (やればできるのではなく、日ごろの生活で行っている状態)						杖・車いす、等		種類	コメント	
	禁止	行わず	行っている				無	有			
			自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助				
日常の主たる屋外移動									<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )	※口頭指導 直接身体に手を触れての「介助」は行っていないが、「口頭」で具体的に ADL のやりかたを指導している場合。 主なものを 1 つだけ選択してください。	
屋外歩行自立の人のみ記入	/	/	/	/	/	/	/		<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー	続けて歩行できる距離は？ <input type="checkbox"/> 100m 未満 <input type="checkbox"/> 100m~300m <input type="checkbox"/> 300m~1km <input type="checkbox"/> 1km 以上 走れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
階段昇降									<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 四つ這い		
トイレなどへの屋内移動									<input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。	
排尿(昼)	/	/							<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )		
排尿(夜)	/	/							<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )		
食事	/	/							<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( )		
整容(歯磨き・洗面)									<input type="checkbox"/> 洗面台立位 <input type="checkbox"/> 洗面台座位 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他( )		
更衣(着衣)	/	/							<input type="checkbox"/> 立位で実施 <input type="checkbox"/> 座位で実施		
靴の脱着											
入浴									<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭のみ <input type="checkbox"/> その他( )		
家事(調理、他、家事全般)										「自立」の場合、訪問看護での家事援助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

<受傷前の状況>

外出頻度: ほぼ毎日 週 4 回以上 週 2~3 回 週 1 回、月 1~3 回 ほとんどなし

外出目的: ほとんどなし 通院・通所 買い物 散歩、その他( )

使用寝具: ベッド 布団 その他( )

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-DC (退院時記入・患者状態調査票) 2P		
記入者役職	医師・看護師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

患者状態調査票 (退院時)

記入者: 医師・看護師・PT/OT・調査員・( )

1. 退院時連絡事項 (追跡中止の理由等)
- 転居  
転居先住所 ( )  
転居先 tel ( )
- 転居先不明  
 本人拒否  
 主治医が不適と判断  
 死亡 (死亡年月日: 年 月 日、死因: )  
 その他 ( )
2. 骨折の分類 <退院時>
- 1) 頸部骨折・転子部骨折  
 頸部骨折 : Garden stage stage:  I  II  III  IV  
 転子部骨折: 分類  安定型  不安定型
- 2) 合併骨折  無  有 ( )
3. 治療法  手術療法  保存療法
4. 手術
- 1) 手術年月日 ( 年 月 日 )  
2) 手術術式  CHS タイプ   $\gamma$  nail タイプ  Ender nail  ハンソンピン  
 C-CHS  人工骨頭  THA  その他 ( )
- 3) 麻酔法  全身麻酔  硬膜外麻酔  脊椎麻酔  静脈麻酔  局所浸潤麻酔  
(※複数回答可)
5. 術後検査
- 1) Alb <任意> ( ) 検査日: 術後\_\_日目 (原則術後翌日)  
 02 ( ) 2) Hb ( ) 検査日: 術後\_\_日目 (原則術後翌日)
- 投与中 3) 血液ガス等 酸素投与  有  無
- SaO2 ( ) 検査日: 術後\_\_日目 (原則術後翌日)  
 PO2 ( ) <任意>  
 PCO2 ( ) <任意>  
 BE ( ) <任意>
- 4) CRP ( ) 検査日: 術後\_\_日目 (術後 3±1 日目が目安)



(参考資料 1,2,3,4,5,6)

6. 入院後に判明した骨折前から  
の合併症、および入院中に生じた合併症のうち、今後の機能回復に影響する恐れのあるもの
- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 肺炎      | (経過 _____)  |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病     | ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 食餌療法 <input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> インシュリン注射) |
| <input type="checkbox"/> 尿路感染症   | (経過 _____)  |
| <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 | (経過 _____)  |
| <input type="checkbox"/> 肺塞栓     | (経過 _____)  |
| <input type="checkbox"/> 術後創部感染  | (経過 _____)  |
| <input type="checkbox"/> その他     | (病名 _____)  |
|                                  | (経過 _____)  |

7. もの忘れ度
- 本人に聞く
- 1) 最近、もの忘れをしますか？  
殆どもの忘れをすることはない 時々ある しょっちゅうある 答えられない
- 2) 骨折する前と比べて、もの忘れがひどくなりましたか？  
変わっていない ひどくなった よくわからない
- 本人以外 (家族・医師・看護師・施設職員・その他 ( \_\_\_\_\_ )) に聞く
- 1) 最近、もの忘れをしますか？  
殆どもの忘れをすることはない 時々ある しょっちゅうある 意思疎通が困難
- 2) 骨折する前と比べて、もの忘れがひどくなりましたか？  
変わっていない ひどくなった よくわからない  
骨折前の状態を知らないので回答できない

8. 痴呆度
- 正常
- 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。(I)
- 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。(II)
- 家庭外で上記の状態がみられる。(IIa)
- 家庭内でも上記の状態が見られる。(IIb)
- 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。(III)
- 日中を中心として上記 III の状態が見られる。(IIIa)
- 夜間を中心として上記 III の状態が見られる。(IIIb)
- 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、専門医療を必要とする。(IV)
- 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。(M)

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-DA (退院時記入・ADL 評価調査票) 2P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

ADL 評価調査票 [手術施行医療機関] (退院時)

記入者:看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

自立度 ADL 等	退院直前(病棟生活での実行状況)										コメント		
	禁 止	行 わ ず	行っている				杖・車いす、等						
			自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	無	有	種類			
日常の主たる屋外移動												<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )	※口頭指導 直接身体に手を触れての「介助」は行っていないが、「口頭」で具体的に ADL のやりかたを指導している場合。 主なものを 1 つだけ選択してください。
屋外歩行自立の人のみ記入	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー	続けて歩行できる距離は？ <input type="checkbox"/> 100m 未満 <input type="checkbox"/> 100m~300m <input type="checkbox"/> 300m~1km <input type="checkbox"/> 1km 以上 走れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
階段昇降												<input type="checkbox"/> 手すり	
トイレなどへの屋内移動												<input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
排尿(昼)	/	/										<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
排尿(夜)	/	/										<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
食事	/	/										<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( )	
整容(歯磨き・洗面)												<input type="checkbox"/> 洗面台立位 <input type="checkbox"/> 洗面台座位 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他( )	
更衣(着衣)		/										<input type="checkbox"/> 立位で実施 <input type="checkbox"/> 座位で実施	
靴の脱着													
入浴												<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭のみ <input type="checkbox"/> その他( )	

術後の日付	<p>介助でのベッド上座位開始 <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施</p> <p>端座位開始 <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施</p> <p>車いす座位開始 <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施</p> <p>介助歩行開始(トイレまで) <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施 [杖等種類:<input type="checkbox"/>T字杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>その他(____)]</p> <p>一人での歩行開始(トイレまで) <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施 [杖等種類:<input type="checkbox"/>T字杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>その他(____)]</p> <p>一人での杖なし歩行開始 <input type="checkbox"/>開始日: ___月___日 <input type="checkbox"/>未実施</p>
退院先	<p><input type="checkbox"/>入院前と同じ</p> <p><input type="checkbox"/>入院前と異なる <input type="checkbox"/>在宅: <input type="checkbox"/>子供の家 <input type="checkbox"/>その他:</p> <p><input type="checkbox"/>病院: <input type="checkbox"/>一般 <input type="checkbox"/>亜急性期 <input type="checkbox"/>回復期リハ <input type="checkbox"/>療養型 <input type="checkbox"/>特殊疾患Ⅰ <input type="checkbox"/>特殊疾患Ⅱ (病院名: _____)</p> <p><input type="checkbox"/>施設: <input type="checkbox"/>介護療養型 <input type="checkbox"/>介護老人保健施設(老健) <input type="checkbox"/>痴呆対応型グループホーム <input type="checkbox"/>介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) (施設名: _____)</p> <p><input type="checkbox"/>その他(_____) )</p> <p>※病院・施設の種類が不明な場合には、病院名・施設名を正確に記入してください。</p>

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-DR (退院時記入・リハ記録) 1P		
記入者役職	PT/OT・看護師・医師・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

PT・OTによるリハビリテーション実施記録 (退院時)

記入者 : PT/OT・看護師・医師・調査員・( )

記入者所属 : 手術施行病院・転院先施設 ( )

1. 術前

1) PT (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日) 未実施

2) OT (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日) 未実施

2. 術後

1) PT (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日) 未実施

2) OT (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日) 未実施

3. PT・OT室での実施内容

1) 座位訓練 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

(背もたれ有を含む)

2) 立位訓練 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

(平行棒内立位訓練を含む、チルトテーブルを除く)

3) 平行棒内歩行 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

4) PT室内杖歩行 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

【杖種類等 : (杖の種類を変更した場合は、変更毎に開始日を記述する)

・ PT室内杖なし歩行 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

4. 病棟での実施内容

・ 病棟車いす移乗訓練 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 病棟車いす駆動訓練 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 病棟歩行訓練 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 病棟ADL訓練 (車いす) : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 病棟ADL訓練 (立位) : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 屋外歩行 : 未実施 実施 (開始日 : \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

・ 退院のための病棟ADL訓練 未実施 実施

実施している場合

\* 退院直前の病棟トイレへの移動

(注意 : PT・OTによる病棟ADL訓練時の能力であって、実生活での実行状況ではない。)

・ 自立度 : 禁止 実施していない

独立 見守り 口頭指導 一部介助 全介助

・ 使用歩行補助具等 : 車いす T字杖 松葉杖 四点杖 歩行車

その他 (種類 ; \_\_\_\_\_)

調査票	HFADL-HC (半年後記入・患者状態調査票) 1P		
記入者役職	医師・看護師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

患者状態調査票 (術後半年後:医師記入用)

記入者:医師・看護師・PT/OT・調査員・( )

1. 骨癒合 未 骨癒合完成 不明

2. 術後の機能回 無

復に影響を及ぼ 疾患への罹患あり

す新たな疾患・ 内容および経過: 疾患1: 病名 ( )

外傷 経過 ( )

疾患2: 病名 ( )

経過 ( )

疾患3: 病名 ( )

経過 ( )

3. もの忘れ度 本人に聞く

1) 最近、もの忘れをしますか?

殆どもの忘れをすることはない 時々ある しょっちゅうある 答えられない

2) 骨折する前と比べて、もの忘れがひどくなりましたか?

変わっていない ひどくなった よくわからない

本人以外 (家族・医師・看護師・施設職員・その他 ( ) ) に聞く

1) 最近、もの忘れをしますか?

殆どもの忘れをすることはない 時々ある しょっちゅうある 意思疎通が困難

2) 骨折する前と比べて、もの忘れがひどくなりましたか?

変わっていない ひどくなった よくわからない

骨折前の状態を知らないので回答できない

4. 痴呆度 正常

何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。(I)

日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。(II)

家庭外で上記の状態がみられる。(IIa)

家庭内でも上記の状態が見られる。(IIb)

日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。(III)

日中を中心として上記 III の状態が見られる。(IIIa)

夜間を中心として上記 III の状態が見られる。(IIIb)

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

- 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、専門医療を必要とする。(IV)
- 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。(M)

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-HB (術後半年後記入・患者背景調査票) 1P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

患者背景調査票 (術後半年後)

記入者:看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

1.要介護認定

無

有⇒ 要介護度の変更なし

変更がある場合:

要支援  要介護度 1  要介護度 2  要介護度 3  要介護度 4  要介護度 5

2.介護保険サービス利用状況

受けていず

ヘルパー  デイサービス(通所介護)  デイケア(通所リハ)  訪問介護  訪問看護  その他

( )

3.身体障害者手帳:

無

有⇒ 等級・障害名の変更なし

変更がある場合 等級 :  1級  2級  3級  4級  5級  6級

障害名:  肢体不自由  視覚  聴覚  心臓  腎臓  その他

( )

4.すまいの変化

無

有:  一戸建て

アパート・マンション(居住階: \_\_\_階、エレベーター( 有  無) )

病院:  一般  亜急性期  回復期リハ  療養型  特殊疾患I  特殊疾患II

(病院名: \_\_\_\_\_)

施設:  介護療養型  介護老人保健施設(老健)  痴呆対応型グループホーム

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) (施設名: \_\_\_\_\_)

そ の 他

( )

※病院・施設の種類が不明な場合には、病院名・施設名を正確に記入してください。

5.家族・同居者の変化:  無

有:  子供と同居  配偶者の死亡  その他

( )

6.仕事の変化

無

有:  していない

趣味・手伝い程度の労働をしている(具体的に: \_\_\_\_\_)

収入を得るために仕事をしている(具体的に: \_\_\_\_\_)

専業主婦(主夫)として家事をしている

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

7.主婦(主夫)としての役割:なし 家庭での主たる主婦(主夫) 主たる主婦(主夫)は別にいる  
家事援助を受けている

8. 趣味 : 骨折前との変化 : 無 有 ( 具体的  
に:\_\_\_\_\_ )

9. 社会活動への参画 : 骨折前との変化 : 無 有 ( 具体的  
に:\_\_\_\_\_ )



(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-HA (術後半年後記入・ADL 評価調査票) 1P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

ADL 評価調査票 [定期フォロー用記録] (術後半年後)

記入者: 看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

自立度 ADL 等	実生活での実行状況 (やればできるのではなく、日ごろの生活で行っている状態)							前回との変化理由、コメント		
	禁 止	行 わ ず	行っている			杖・車いす、等		種類		
		自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	無			有
日常の主たる屋外移動									<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )	※口頭指導 直接身体に手を触れての「介助」は行っていないが、「口頭」で具体的に ADL のやりかたを指導している場合。 主なものを 1 つだけ選択してください。
屋外歩行自立の人のみ記入	/	/	/	/	/	/			<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー	続けて歩行できる距離は？ <input type="checkbox"/> 100m 未満 <input type="checkbox"/> 100m~300m <input type="checkbox"/> 300m~1km <input type="checkbox"/> 1km 以上 走れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
階段昇降									<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 四つ這い	
トイレなどへの屋内移動									<input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> その他( )	主なものを 1 つだけ選択してください。
排尿(昼)	/	/							<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
排尿(夜)	/	/							<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	
食事	/	/							<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( )	
整容(歯磨き・洗面)									<input type="checkbox"/> 洗面台立位 <input type="checkbox"/> 洗面台座位 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他( )	
更衣(着衣)	/	/							<input type="checkbox"/> 立位で実施 <input type="checkbox"/> 座位で実施	
靴の脱着										
入浴									<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭のみ <input type="checkbox"/> その他( )	
家事(調理、他、家事全般)										「自立」の場合、訪問看護での家事援助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

外出頻度: ほぼ毎日 週 4 回以上 週 2~3 回 週 1 回、月 1~3 回 ほとんどなし  
 外出目的: ほとんどなし 通院・通所 買い物 散歩、その他( )  
 使用寝具: ベッド 布団 その他( )

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-YC (一年後記入・患者状態調査票) 1P		
記入者役職	医師・看護師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

患者状態調査票 (術後一年後:医師記入用)

記入者:医師・看護師・PT/OT・調査員・( )

1. 骨癒合 未 骨癒合完成 不明

2. 術後の機能回 無

復に影響を及ぼ 疾患への罹患あり

す新たな疾患・ 内容および経過:疾患1:病名 ( )

外傷 経過 ( )

疾患2:病名 ( )

経過 ( )

疾患3:病名 ( )

経過 ( )

3. もの忘れ度 本人に聞く

1)最近、もの忘れをしますか?

殆どもの忘れをすることはない 時々ある しょっちゅうある 答えられない

2)骨折する前と比べて、もの忘れがひどくなりましたか?

変わっていない ひどくなった よくわからない

本人以外 (家族・医師・看護師・施設職員・その他 ( ) )に聞く

1)最近、もの忘れをしますか?

殆どもの忘れをすることはない 時々ある しょっちゅうある 意思疎通が困難

2)骨折する前と比べて、もの忘れがひどくなりましたか?

変わっていない ひどくなった よくわからない

骨折前の状態を知らないので回答できない

4. 痴呆度 正常

何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。(I)

日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。(II)

家庭外で上記の状態がみられる。(IIa)

家庭内でも上記の状態が見られる。(IIb)

日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。(III)

日中を中心として上記 III の状態が見られる。(IIIa)

夜間を中心として上記 III の状態が見られる。(IIIb)

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

- 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、専門医療を必要とする。  
(IV)
- 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。(M)

(参考資料 1,2,3,4,5,6)

調査票	HFADL-YB (術後一年後記入・患者背景調査票) 1P		
記入者役職	看護師・医師・PT/OT・調査員・( )	記入者氏名	
研究用個人コード		記入日	年 月 日

患者背景調査票 (術後一年後)

記入者: 看護師・医師・PT/OT・調査員・( )

1. 要介護認定

無

有 ⇒  要介護度の変更なし

変更がある場合:

要支援  要介護度 1  要介護度 2  要介護度 3  要介護度 4  要介護度 5

2. 介護保険サービス利用状況

受けていず

ヘルパー  デイサービス(通所介護)  デイケア(通所リハ)  訪問介護  訪問看護  その他

( )

3. 身体障害者手帳:

無

有 ⇒  等級・障害名の変更なし

変更がある場合 等級 :  1 級  2 級  3 級  4 級  5 級  6 級

障害名:  肢体不自由  視覚  聴覚  心臓  腎臓  その他

( )

4. すまいの変化

無

有:  一戸建て

アパート・マンション(居住階: \_\_\_階、エレベーター( 有  無) )

病院:  一般  亜急性期  回復期リハ  療養型  特殊疾患 I  特殊疾患 II

(病院名: \_\_\_\_\_)

施設:  介護療養型  介護老人保健施設(老健)  痴呆対応型グループホーム

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) (施設名: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ の \_\_\_\_\_ 他

( )

※病院・施設の種類が不明な場合には、病院名・施設名を正確に記入してください。

5. 家族・同居者の変化:  無

有:  子供と同居  配偶者の死亡  その他

( )

6. 仕事の変化

無

有:  していない

趣味・手伝い程度の労働をしている(具体的に: \_\_\_\_\_)

収入を得るために仕事をしている(具体的に: \_\_\_\_\_)

専業主婦(主夫)として家事をしている