

12. (女性のみ)月経について

- 1** 3年前からいままでに妊娠されたことがありますか。(流産や死産も含みます)
- 1) ある 2) ない

ある と答えた方は次の質問に続けてお答え下さい。
ない とお答えの方は **3** へお進み下さい。

- 2** 3年前からいまでにお産をされましたか。
- 1) はい 2) いいえ

- 3** 3年前からいまでに女性ホルモンを飲んだり注射をしたりしたことがありますか。
- 1) はい 2) いいえ

- 4** 1) はい の場合、何ヶ月飲んだり注射をしましたか。
()ヶ月くらい

- 5** 3年前からいまでの月経の状況をお教えてください。
- 1) 3年前も今も規則的にある → **6** へお進みください。
2) 3年前は規則的にあったが今は不規則である。 → **6** へお進みください。
3) 3年前はあったがこの3年で閉経(生理が終わった、生理がない)した。
→ 次ページの **7** へお進みください。
4) 3年前も今も閉経(生理が終わった、生理がない) → 閉経は()歳の時

4) と答えた方はこれで終わりです。ご協力どうもありがとうございました。

- 6** **5** で1)、2) と答えた方は一番最近の生理はいつだったかお教え下さい。
一番最近の生理は 平成()年()月ごろだった。

1)、2) と答えた方はこれで終わりです。ご協力どうもありがとうございました。



5で3)この3年で閉経になったと答えた方は次の質問にお答え下さい。

7 3年前は月経があったがこの3年で閉経の場合、最後の生理の時は何歳でしたか。
() 歳

8 閉経の理由を教えてください。

- 1) 自然に生理が終わった
- 2) 手術などの人工的な閉経
- 3) その他理由があれば具体的に ()

9 人工的な閉経の場合、どんな方法によりますか。(いくつ○を付けても結構です)

- 1) 子宮を手術で取った () 歳の時
- 2) 卵巣を二つとも手術で取った () 歳の時
- 3) 卵巣を片方、手術でとった () 歳の時
- 4) 卵巣に放射線をあてた () 歳の時
- 5) その他 () () 歳の時

10 閉経時に次のような症状がありましたか。あれば○を付けて下さい。
(いくつ○を付けても結構です)

- 1) のぼせや顔面の紅潮
- 2) 気分がふさいだりいらいらしたりする
- 3) 不眠
- 4) その他 ()

11 閉経前後に女性ホルモンの治療を受けましたか。

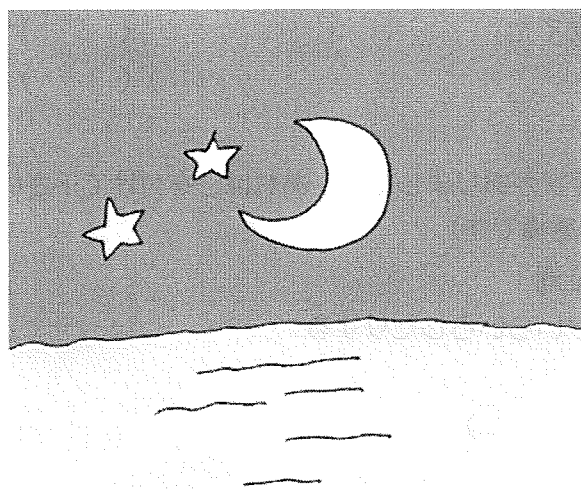
- 1) はい
- 2) いいえ

12 11で1)はいの場合、女性ホルモンの治療を1年以上続けましたか。

- 1) はい
- 2) いいえ

これで質問は全部終わりです。

ご協力どうもありがとうございました。



医師診察所見

ID _____

お名前 _____

1 現在痛みのある関節（いくつ○をつけてもけっこうです）

- 0) なし 1) 右膝 2) 左膝 3) 腰 4) 右股関節
5) 左股関節 6) 頸部 7) 上肢 8) その他 (_____)

2 過去1ヶ月の間に痛みがあった関節（いくつ○をつけてもけっこうです）

- 0) なし 1) 右膝 2) 左膝 3) 腰 4) 右股関節
5) 左股関節 6) 頸部 7) 上肢 8) その他 (_____)

3 過去1年間に痛みがあった関節（いくつ○をつけてもけっこうです）

- 0) なし 1) 右膝 2) 左膝 3) 腰 4) 右股関節
5) 左股関節 6) 頸部 7) 上肢 8) その他 (_____)

4 現在の神経痛（いくつ○をつけてもけっこうです）

- 0) なし 1) 右臀部 2) 左臀部 3) 右下肢 4) 左下肢

5 間欠性跛行（いくつ○をつけてもけっこうです）

- 0) なし 1) 右臀部 2) 左臀部 3) 右下肢 4) 左下肢
距離 (_____ m)
動脈触知 (1)~(4)の場合) ① あり ② なし

6 治療歴

膝に関して（いくつ○をつけてもけっこうです）

- 0) なし
1) 投薬
2) サプリメント (① コンドロイチン ② グルコサミン
③ その他 (具体的に _____))
3) 関節内注射 (右膝: ① スベニール ② アルツ ③ 不明)
(左膝: ① スベニール ② アルツ ③ 不明)
4) 理学療法
5) 手術 (具体的に _____)

膝以外に関して（いくつ○をつけてもけっこうです）

- 0) なし
- 1) トリッガー (① 頸部 ② 腰 ③ その他)
- 2) ブロック注射
- 3) 理学療法
- 4) 手術 (① 右股関節 ② 左股関節 ③ 頸部 ④ 腰 ⑤ その他)

7 姿勢

- 0) 正常
- 1) 平背
- 2) 凹背
- 3) 円背
- 4) 凹円背
- 5) 側彎

FFD (cm)

8 歩容

- 0) 独歩
- 1) T杖
- 2) 四点杖
- 3) 歩行器
- 4) 伝い歩き
- 5) 車椅子
- 6) 歩行不能

9 膝可動域

- | | | |
|---------|-------|---------------|
| 右膝 伸展制限 | 0) なし | 1) あり (度) |
| 屈曲制限 | 0) なし | 1) あり (度) |
| 左膝 伸展制限 | 0) なし | 1) あり (度) |
| 屈曲制限 | 0) なし | 1) あり (度) |

10 膝関節水腫

現在

- | | | |
|---|-------|-------|
| 右 | 0) なし | 1) あり |
| 左 | 0) なし | 1) あり |

過去 (年 月前)

- | | | |
|---|-------|-------|
| 右 | 0) なし | 1) あり |
| 左 | 0) なし | 1) あり |

頸部痛チェックシート

ID _____

お名前 _____

くびの痛みについておこたえ下さい。

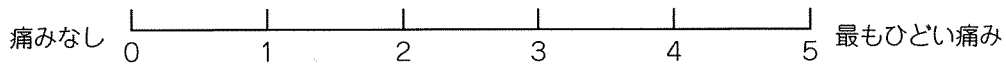
1 最近（1ヵ月以内）にくびの痛みがありますか？

1) はい 2) いいえ

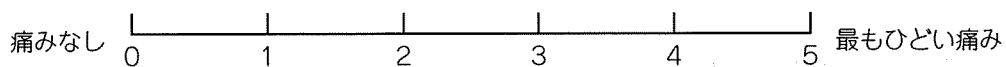
1) はいの人は以下におこたえ下さい。

以下の尺度にもっとも近いところに○をつけて下さい

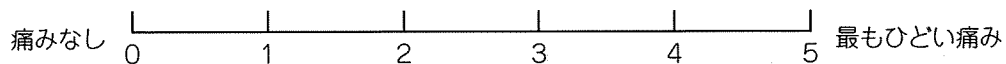
2 今日どのくらい痛みがありますか？



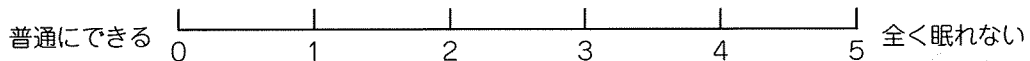
3 最近平均してどれくらい痛みがありますか？



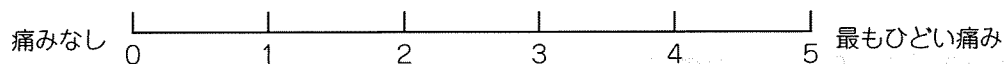
4 一番悪い時でどれくらいの痛みがありますか？



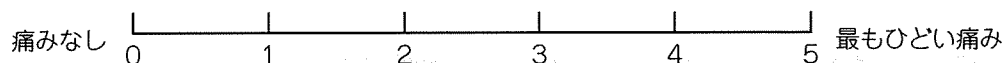
5 痛みで睡眠が妨げられますか？



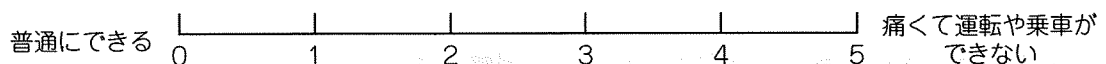
6 立っている時、どれくらい痛みますか？



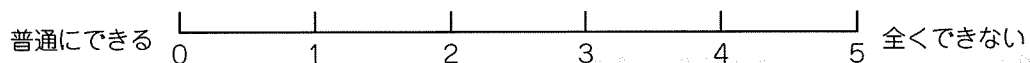
7 歩いている時、どれくらい痛みますか？



8 痛みで運転や車への乗車が妨げられますか？



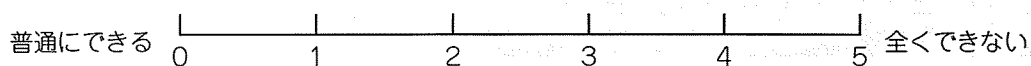
9 痛みで社会活動が妨げられますか？



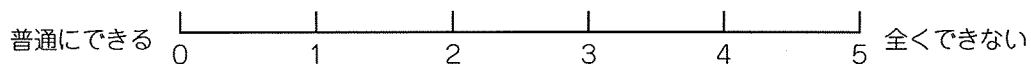
10 痛みでレクリエーションが妨げられますか？



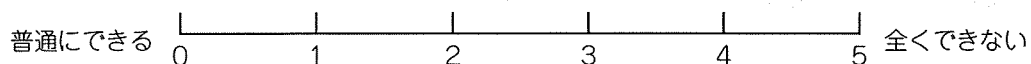
11 痛みで仕事が妨げられますか？



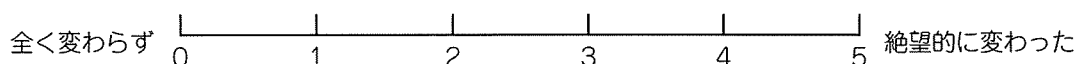
12 痛みで身の回りのこと（食事、着衣、入浴）が妨げられますか？



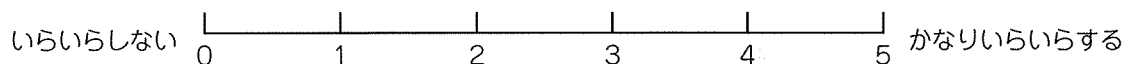
13 痛みで人付き合いが妨げられますか？



14 痛みで人生や将来の見通しが絶望的になったり、うつ状態になったりしますか？



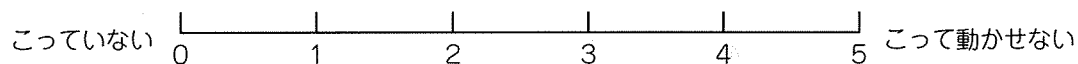
15 痛みがあなたの感情に影響していますか？



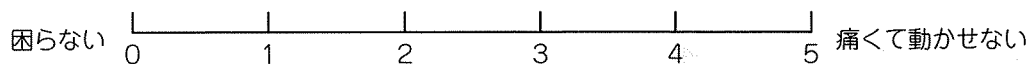
16 痛みが考えることや集中することに影響していますか？



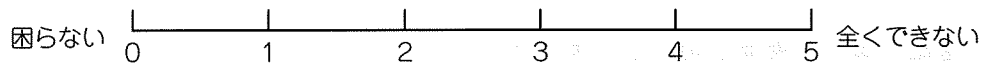
17 どれくらい首はこっていますか？



18 首を回すのがどれくらい困難ですか？



19 見上げたり、見下ろしたりするのがどれくらい困難ですか？

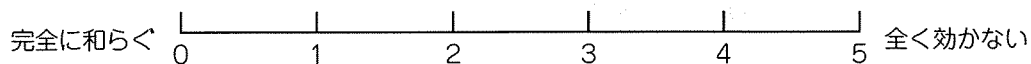


20 上を見上げながら作業をするのがどれくらい困難ですか？



21 薬を飲むと、どれくらい痛みが和らぎますか？

薬を飲まない場合、飲まないに○をして下さい 飲まない



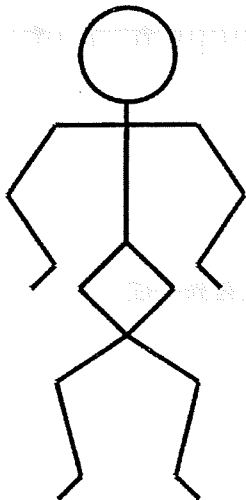
反射・筋力チェックシート

ID _____

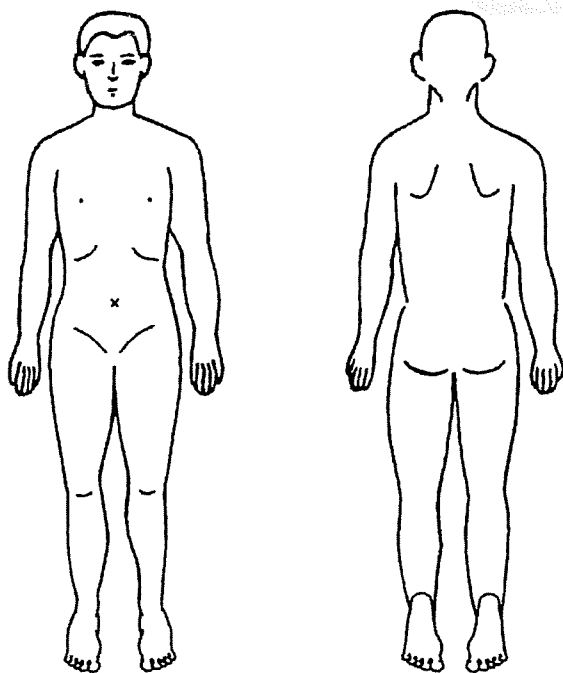
お名前 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 1 Jackson (+ -)
- 2 Spurling (+ -) (+ -)
- 3 肩 ROM 制限 (+ -)
- 4 SLR test (+ -) (+ -)
- 5 Kemp's sign (+ -)
- 6 前屈にて (楽になる 出現する)
- 7 上肢筋力低下 (+ -) 部位 ()
- 8 下肢筋力低下 (+ -) 部位 ()
- 9 上下肢反射・病的反射 (Hoffman Babinski)
異常があれば記入してください

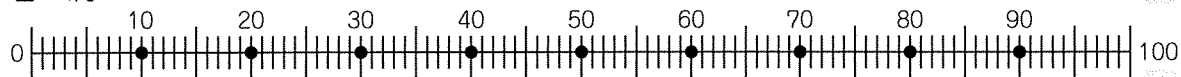


10 痛みの場所

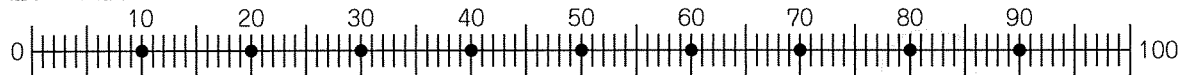


11 VASscore

首・肩



腰・下肢



12 診断チェック (○をつけてください)

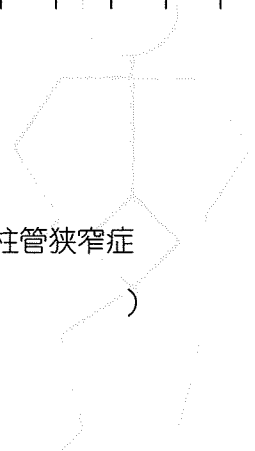
頚椎症性脊髄症

頚椎症性神経根症

腰部脊柱管狭窄症

末梢神経障害

その他 ()



腰痛チェックシート

ID _____

お名前 _____

最近1ヵ月の腰の痛みについておこたえ下さい。

1 こし、おしり、あしに痛みやしびれがありますか？

- 1) はい 2) いいえ

1) はいの人は以下におこたえ下さい。

2 こし、おしり、あしの痛みはどの程度でしたか？

- 1) かなり軽い 2) 中くらいの痛み 3) 強い 4) かなり強い

3 こし、おしりの痛みはどのくらいの頻度でおこりますか？

- 0) 週に一度も起こらなかった
1) 少なくとも週に1度は起こった
2) 毎日数分
3) 毎日一日のほとんど
4) 常に起こっていた

4 こし、おしりが痛みますか？

- 0) 全くない
1) かなり軽い 2) 中くらいの痛み 3) 強い 4) かなり強い

5 あしが痛みますか？

- 0) 全くない
1) かなり軽い 2) 中くらいの痛み 3) 強い 4) かなり強い

6 あしがしびれたり、うずいたりしますか？

- 0) 全くない
1) かなり軽い 2) 中くらいの痛み 3) 強い 4) かなり強い

→ しびれたり、うずいたりする人は、前かがみになると楽になりますか？

- ① はい ② いいえ

7 あしに力が入りますか？

0) 問題ない

1) 少し入りにくい 2) 中くらい力が入らない 3) 弱い力しか入らない 4) かなり弱い力しか入らない

8 体はふらつきますか？

0) 全くふらつかない

1) 時々バランスを崩し、地に足が着かない感じがする

2) いつもバランスを崩し、地に足が着かない感じがする

9 どのくらいの距離を歩けますか？

0) 3km以上

1) 300m以上3km未満

2) 15m以上300m未満

3) 15m未満

10 屋外に歩いて出かけられますか？

0) 問題なく出かけられる

1) 出かけられるが、時々痛みがある

2) 出かけられるが、いつも痛みがある 3) 出かけられない

11 食品や雑貨などを買いに出かけられますか？

0) 問題なく出かけられる

1) 出かけられるが、時々痛みがある

2) 出かけるられが、いつも痛みがある 3) 出かけられない

12 自宅にて別の部屋に行き来できますか？

0) 問題なく行き来できる

1) 行き来できるが、時々痛みがある

2) 行き来できるが、いつも痛みがある 3) 行き来できない

13 寝室からトイレまで歩けますか？

0) 問題なく歩ける

1) 歩けるが、時々痛みがある

2) 歩けるが、いつも痛みがある 3) 歩けない

足腰指数25

ID _____

お名前 _____

「お体の状態」と「ふだんの生活」について、手足や背骨のことで困難なことがあるかどうかをおたずねします。この1ヵ月の状態を思い出して以下の質問にお答え下さい。それぞれの質問に、**もっとも近い回答を1つ選んで**、○をつけて下さい。やっていないことについては“もしやるとしたらどうか”をお答えください。

この1ヵ月のからだの痛みなどについてお聞きします。

- 1 頸・肩・腕・手のどこかに痛み（しびれも含む）がありますか。
0) 痛くない 1) 少し痛い 2) 中程度痛い 3) かなり痛い 4) ひどく痛い
- 2 背中・腰・お尻のどこかに痛みがありますか。
0) 痛くない 1) 少し痛い 2) 中程度痛い 3) かなり痛い 4) ひどく痛い
- 3 下肢（脚のつけね、太もも、膝、ふくらはぎ、すね、足首、足）のどこかに痛み（しびれも含む）がありますか。
0) 痛くない 1) 少し痛い 2) 中程度痛い 3) かなり痛い 4) ひどく痛い
- 4 ふだんの生活でからだを動かすのはどの程度つらいと感じますか。
0) つらくない 1) 少しつらい 2) 中程度つらい 3) かなりつらい 4) ひどくつらい

この1ヵ月のふだんの生活についてお聞きします。

- 5 ベッドや寝床から起きたり、横になったりするのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 6 腰掛けから立ち上がるのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 7 家の中を歩くのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 8 シャツを着たり脱いだりするのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 9 スポンやパンツを着たり脱いだりするのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 10 トイレで用足しをするのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 11 お風呂で身体を洗うのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難

- 12 階段の昇り降りは何どの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 13 急ぎ足で歩くのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 14 外に出かけるとき、身だしなみを整えるのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 15 休まずにどれくらい歩き続けることができますか (もっとも近いものを選んで下さい)。
0) 2~3km以上 1) 1km程度 2) 300m程度 3) 100m程度 4) 10m程度
- 16 隣・近所に外出するのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 17 2kg程度の買い物 (1リットルの牛乳パック2個程度) をして持ち帰ることはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 18 電車やバスを利用して外出するのはどの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 19 家の軽い仕事 (食事の準備や後始末、簡単なかたづけなど) は、どの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 20 家のやや重い仕事 (掃除機の使用、ふとんの上げ下ろしなど) は、どの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 21 スポーツや踊り (ジョギング、水泳、ゲートボール、ダンスなど) は、どの程度困難ですか。
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 22 親しい人や友人とのおつき合いを控えていますか。
0) 控えていない 1) 少し控えている 2) 中程度控えている 3) かなり控えている 4) 全く控えている
- 23 地域での活動やイベント、行事への参加を控えていますか。
0) 控えていない 1) 少し控えている 2) 中程度控えている 3) かなり控えている 4) 全く控えている
- 24 家の中で転ぶのではないかと不安ですか。
0) 不安はない 1) 少し不安 2) 中程度不安 3) かなり不安 4) ひどく不安
- 25 先行き歩けなくなるのではないかと不安ですか。
0) 不安はない 1) 少し不安 2) 中程度不安 3) かなり不安 4) ひどく不安

身体測定票

ID _____

お名前 _____

- 1** 血圧 (/)
- 2** 脈拍 () 回/分
- 3** 握力
右 () kg
左 () kg
- 4** 手首周り (利き手 0) 右 1) 左 () cm
- 5** 翼幅 (両手をぴんとのばした長さ) () cm
- 6** 身長 () cm
- 7** 腹囲 () cm
- 8** 体組成計 体重 () kg
HH① () HF① ()
HH② () HF② ()
- 9** 備考 ()

運動機能票

- 10** 片脚起立
右 () 秒
左 () 秒
- 11** いす立ち上がり () 秒
- 12** 歩行速度
通常 () 秒 () 歩
最大 () 秒 () 歩
20cm narrow walk はみ出し回数1 () 回
はみ出し回数2 () 回
大また () 秒 () 歩
- 13** 備考 ()

生活機能チェックシート

ID _____

お名前 _____

基本チェックリスト（厚生労働省作成）

暮らしぶり その1

- 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 日用品の買い物をしていますか
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

運動器関係

- 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分間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が
1) はい 0) いいえ

栄養・口腔機能等の関係

- 11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか
1) はい 0) いいえ
- 12 身長(cm) 体重(kg) (*BMI 18.5未満なら該当)
*BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))
1) はい 0) いいえ

13 半年前に比べて堅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 口の渴きが気になりますか

1) はい 0) いいえ

暮らしぶり その2

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

こころ

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

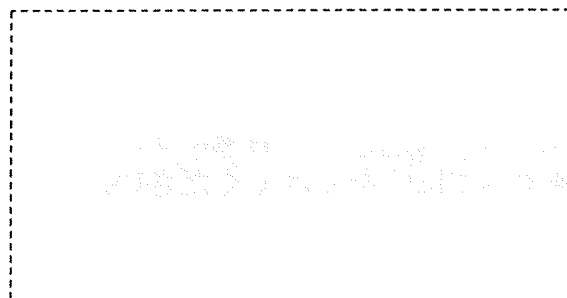
1) はい 0) いいえ

介護認定について

現在、介護認定を受けていますか？受けている方は、その等級に丸をつけてください。

1. 受けている (要支援、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5)
2. 受けていない

現在の健康状況に関するアンケート



<アンケート記入における注意事項>

原則として、ご本人様が記入してくださいませうお願いします。

入院などの事情により、ご本人以外の方が記入される場合に、あくまでも上記のご本人についてのことを記入してください。健康状況についての質問は、6ページあります。

尚、記載内容に不明な点がありました場合、電話にてお尋ねすることがございますので、ご了承ください。

<返送についてのお願い>

ご記入後、同封の返信用封筒に入れて、12月11日(金)までにご返送ください。

<このアンケートに関するお問い合わせ先>

東京都健康長寿医療センター (東京都老人総合研究所)

自立促進と介護予防研究チーム 「お達者健診」係

電話：03-3964-3241(代) 内線 3112

◎ これからの質問に回答される方は、どなたですか。1か2に○をつけてください。また、ご連絡先もご記入ください。

1. ご本人 2. ご本人以外（ご本人との関係→ ）
ご連絡先：電話番号 03 - () - ()

問1 あなた（ご本人）は、現在、次の病気にかかっていますか。かかっている病気の番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 高血圧 | 6. 骨粗鬆症 |
| 2. 脳卒中 | 7. 変形性膝関節症 |
| 3. 心臓病 | 8. 慢性腎不全 |
| 4. 糖尿病 | 9. その他の治療中の病気 |
| 5. 高脂血症 | (病名：) |

問2 現在次の薬を飲んでいますか。貼り薬、ぬり薬は除きます。

- | | | |
|-------------------|-------|--------|
| 1) 炎症・痛み止めの薬（飲み薬） | 1. はい | 2. いいえ |
| 2) ステロイド（飲み薬） | 1. はい | 2. いいえ |
| 3) 骨粗鬆症の薬 | 1. はい | 2. いいえ |

問3 1) ふだん腰の痛みはありますか。

1. ある 2. ない

↓
◎痛みの程度は、どのくらいですか。（ひとつ番号に○印）

1. 軽い痛み 2. 中くらいの痛み 3. 強い痛み

2) ふだん膝の痛みはありますか。

1. ある 2. ない

↓
◎痛みの程度は、どのくらいですか。（ひとつ番号に○印）

1. 軽い痛み 2. 中くらいの痛み 3. 強い痛み

問7 ふだん、ご自分で健康だと思われませんか。
(ひとつだけ番号に○をつけてください)

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. 非常に健康だと思う | 3. あまり健康ではない |
| 2. まあ健康な方だと思う | 4. 健康ではない |

問8 あなた（ご本人）の日常の活動範囲は、どれにあてはまりますか。
(ひとつだけ番号に○をつけてください)

1. バス・電車・車・自転車を使って一人で外出することができる
2. 隣近所ではほぼ不自由なく外出できるが、一人では遠出はしない
3. 家庭内ではほぼ不自由なく活動できるが、ほとんど家のまわりから外に出ることはない
4. 起きてはいるがあまり動けない(床から離れている時間の方が多い)
5. 寝たり起きたり(床が常に敷いてある。食事には起きてくる)
6. 寝たきり

問9 あなたの（ご本人）の日常の動作能力について、「はい」か「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。

- 1) 自分ひとりで歩けますか・・・ 1. はい 2. いいえ
- 2) 食事を自分で食べられますか・・・ 1. はい 2. いいえ
- 3) 自分ひとりで入浴できますか・・・ 1. はい 2. いいえ
- 4) 自分ひとりで着替えができますか・・・ 1. はい 2. いいえ
- 5) 自分ひとりでトイレに行つて、
用をたすことができますか・・・ 1. はい 2. いいえ