

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IGGER (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。

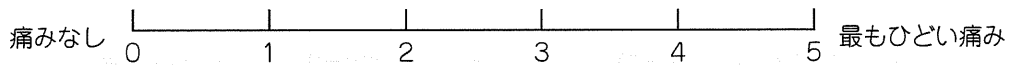
1 最近（1ヵ月以内）にくびの痛みがありますか？

1) はい 2) いいえ

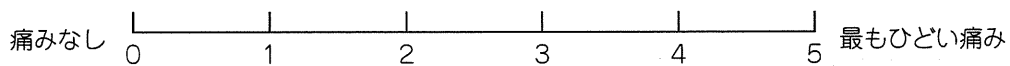
1) はい の人は以下におこたえ下さい。

以下の尺度にもっとも近いところに○をつけて下さい

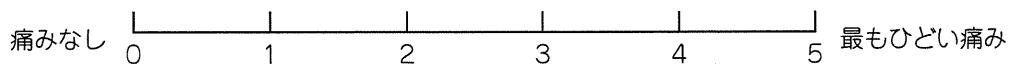
2 今日どのくらい痛みがありますか？



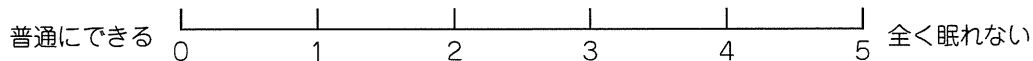
3 近平均してどれくらい痛みがありますか？



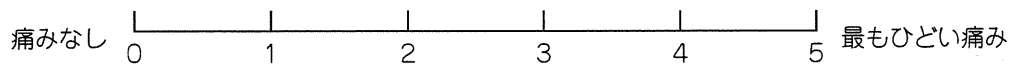
4 一番悪い時でどれくらいの痛みがありますか？



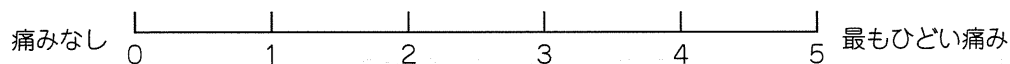
5 痛みで睡眠が妨げられますか？



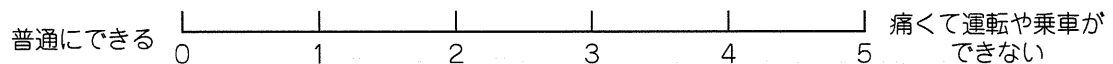
6 立っている時、どれくらい痛みますか？



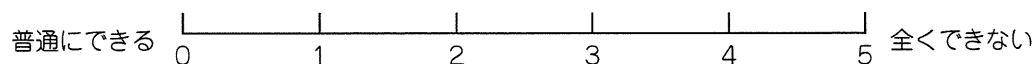
7 歩いている時、どれくらい痛みますか？



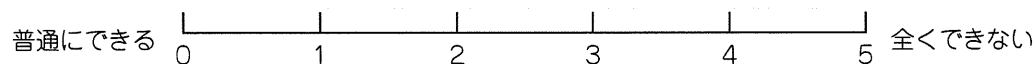
8 痛みで運転や車への乗車が妨げられますか？



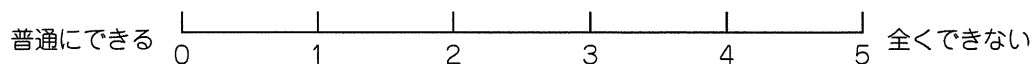
9 痛みで社会活動が妨げられますか？



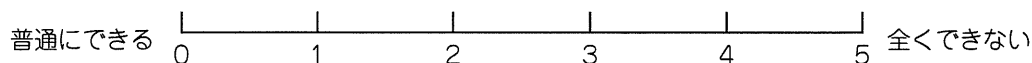
10 痛みでレクリエーションが妨げられますか？



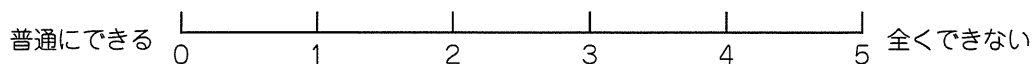
11 痛みで仕事が妨げられますか？



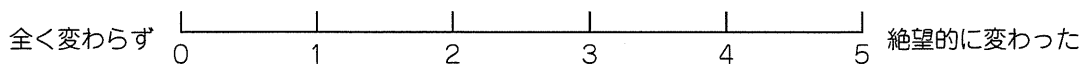
12 痛みで身の回りのこと（食事、着衣、入浴）が妨げられますか？



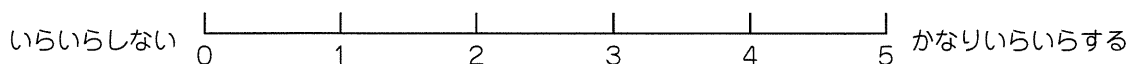
13 痛みで人付き合いが妨げられますか？



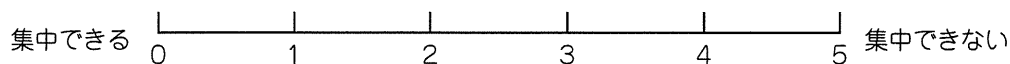
14 痛みで人生や将来の見通しが絶望的になったり、うつ状態になったりしますか？



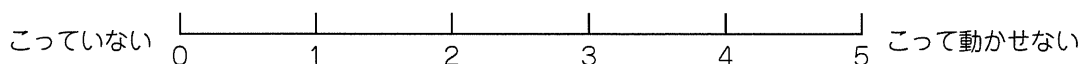
15 痛みがあなたの感情に影響していますか？



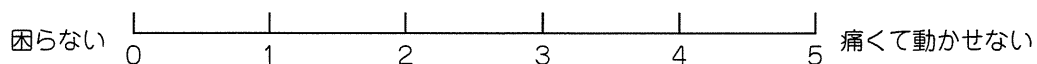
16 痛みが考えることや集中することに影響していますか？



17 どれくらい首はこっていますか？



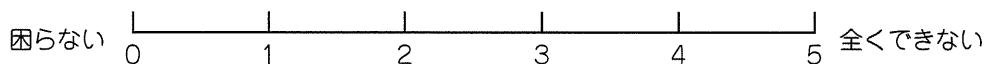
18 首を回すのがどれくらい困難ですか？



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？

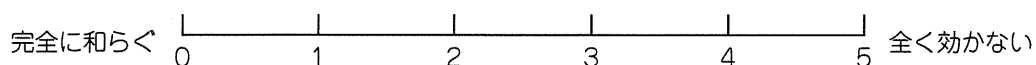


20 上を見上げながら作業をするのがどれくらい困難ですか？



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



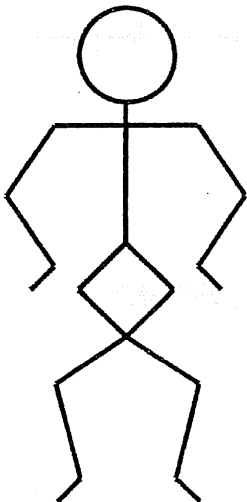
反射・筋力チェックシート

ID _____

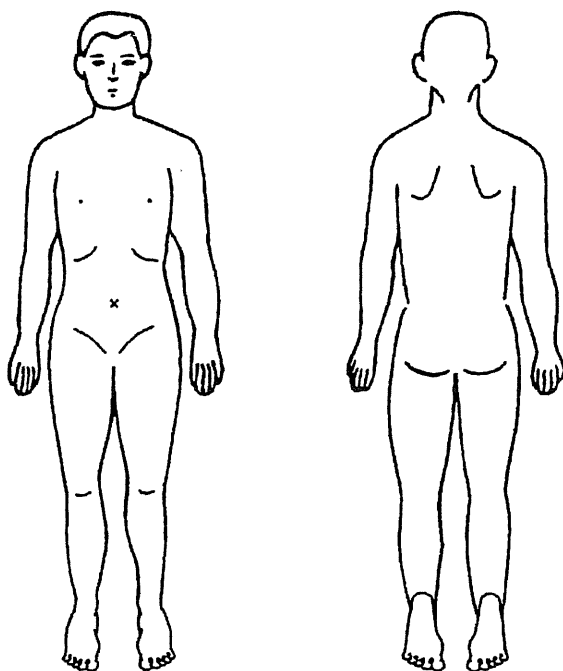
お名前 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

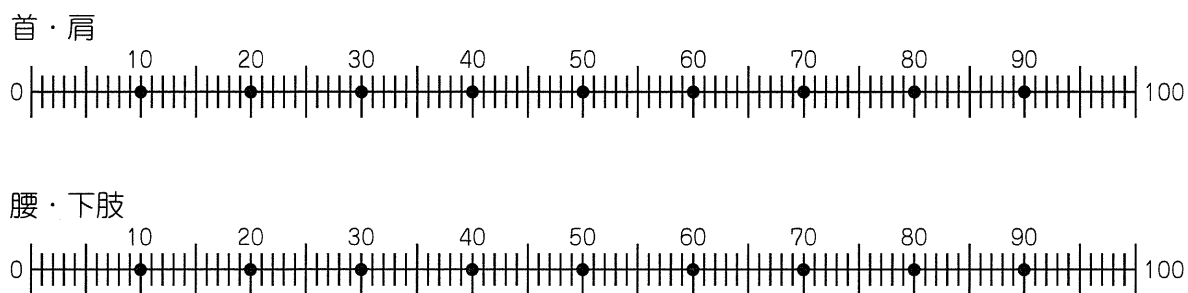
- 1 Jackson (+ -)
- 2 Spurling (+ -) (+ -)
- 3 肩 ROM 制限 (+ -)
- 4 SLR test (+ -) (+ -)
- 5 Kemp' s sign (+ -)
- 6 前屈にて (楽になる 出現する)
- 7 上肢筋力低下 (+ -) 部位 ()
- 8 下肢筋力低下 (+ -) 部位 ()
- 9 上下肢反射・病的反射 (Hoffman Babinski)
異常があれば記入してください



10 痛みの場所



11 VASscore



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 (両手をびんとのばした長さ) () 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 口の渇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

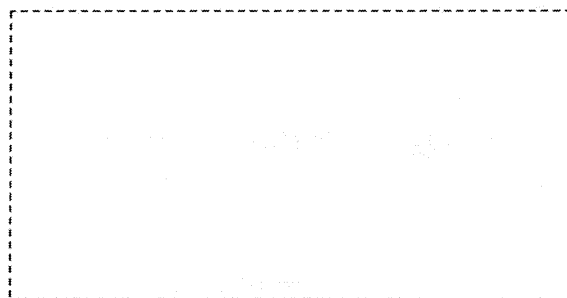
25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする
1) はい 0) いいえ

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。^は貼り薬、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^{ひざ}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4 ここおよそ1年間（平成20年11月から平成21年10月）に、転んだことはありますか。（転びそうになった、転びかけた、交通事故などは含みます。）

- 1. ある
- 2. ない



①この1年間で（ ）回くらい転んだ。（カッコ内に数字記入）

②転んだ時、骨折しましたか。

- 1. 骨折した
- 2. 骨折しなかった



◎骨折した部位はどこですか。具体的に記入してください。

〔 例：足首、腕など 〕

問5 ここおよそ1年間（平成20年11月から平成21年10月）に、体のどこかを骨折したことはありますか。

- 1. ある
- 2. ない



◎骨折の原因は何ですか。下から選んで○をつけてください。

- 1. 家の中で転んだ
- 2. 家の外で転んだ
- 3. 交通事故にあった
- 4. その他（ ）

問6 現在、介護保険の認定を受けていますか。

- 1. 受けている
- 2. 受けていない



◎現在の認定レベルに○をつけてください。

- 要支援1 要支援2
- 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
- 不明（わからない）

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って、
用をたすことができますか | 1. はい | 2. いいえ |

問10 あなた（ご本人）の日常の生活について、「はい」か「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。普段行っていないくても、行える能力がある場合、「はい」に○をしてください。

- 1) バスや電車を使って一人で外出できますか・・・1. はい 2. いいえ
- 2) 日用品の買い物ができますか・・・1. はい 2. いいえ
- 3) 自分で食事の用意ができますか・・・1. はい 2. いいえ
- 4) 請求書の支払いができますか・・・1. はい 2. いいえ
- 5) 銀行預金・郵便貯金の出し入れが
自分でできますか・・・1. はい 2. いいえ
- 6) 年金などの書類が書けますか・・・1. はい 2. いいえ
- 7) 新聞を読んでいますか・・・1. はい 2. いいえ
- 8) 本や雑誌を読んでいますか・・・1. はい 2. いいえ
- 9) 健康についての記事や番組に関心が
ありますか・・・1. はい 2. いいえ
- 10) 友達の家を訪ねることがありますか・・・1. はい 2. いいえ
- 11) 家族や友達の相談にのることがありますか・・・1. はい 2. いいえ
- 12) 病人を見舞うことができますか・・・1. はい 2. いいえ
- 13) 若い人に自分から話しかけることが
ありますか・・・1. はい 2. いいえ

問11 ここ1週間くらい、次の①②の食べ物をそれぞれどのくらいの頻度で食べていますか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

①魚介類（生鮮・加工品・すべての魚や貝類）

- | | | | |
|---------------|--------------|-----------------|-----------------|
| 1. ほとんど
毎日 | 2. 2日に
1回 | 3. 1週間に
1,2回 | 4. ほとんど
食べない |
|---------------|--------------|-----------------|-----------------|

②油脂類（油炒め・パンにぬるバターやマーガリンなど、油を使う料理の回数を答えてください）

- | | | | |
|---------------|--------------|-----------------|-----------------|
| 1. ほとんど
毎日 | 2. 2日に
1回 | 3. 1週間に
1,2回 | 4. ほとんど
食べない |
|---------------|--------------|-----------------|-----------------|

問12 ふだん外出する（家の外に出る）頻度は、どのくらいですか。ひとつだけ○をして下さい。（介助されて外出する場合も含めます。）

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 1日1回以上 | 3. 1週間に1回程度 |
| 2. 2～3日に1回程度 | 4. ほとんど外出しない |

問13 次の1から8のそれぞれの質問について、あなた（ご本人）が一番よくあてはまる番号を○で囲んでください。

1. 全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

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

2. 過去1ヶ月間に、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。

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

3. 過去1ヶ月間に、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。

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

4. 過去1ヶ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

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

5. 過去1ヶ月間に、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気だった	少し 元気だった	わずかに 元気だった	ぜんぜん 元気でなかった
1	2	3	4	5

6. 過去1ヶ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	つきあいが できなかった
1	2	3	4	5

7. 過去1ヵ月間に、心理的な問題(不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり)に、どのくらい悩まされましたか。

ぜんぜん 悩まされなかった	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり 悩まされた	非常に 悩まされた
1	2	3	4	5

8. 過去1ヵ月間に、日常行う活動(仕事、学校、家事などのふだんの行動)が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	日常行う活動が できなかった
1	2	3	4	5

《ご協力いただき、大変有難うございました》

平成21年 上小阿仁村高齢者健康調査 アンケート

◆できるだけ宛名の方ご本人様がお答えくださいますよう、お願いいたします。事情によりご本人が答えられない場合、ご家族の方によるお答えでも結構です。ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

※以下の欄は記入しないでください。

【実施状況】(ひとつだけ○印)

1. 全項目実施	
2. 一部未実施	
3. 実施不能：拒否	
4. 実施不能：入院・入所	
5. 実施不能：長期不在 (転出)	どこに() いつまで()
6. 実施不能：死亡	→ 平成 年 月 日
7. その他	
8. 実施不能：短期不在・留守	

【対象所在】(ひとつだけ○印)

1. 自宅	2. 病院	3. 老人ホーム	4. その他()
-------	-------	----------	-----------

回収日	平成21年 月 日
調査員	

受付番号	
検票者	

上小阿仁村、秋田看護福祉大学、東京都老人総合研究所