

10. トイレで用足しをするのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難 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。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難 ひどく困難
12. 階段の昇り降りのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難 ひどく困難
13. 急ぎ足で歩くのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難 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。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難 ひどく困難
15. 休まずにどれくらい歩くことができますか（最も近いものを選んで下さい）
- 2-3km 以上 1 km 程度 300m程度 100m程度 10m程度
16. 隣・近所に外出するのはどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難 ひどく困難
17. 2kg 程度の買い物（1リットルの牛乳パックを2個程度）をして、持ち帰ることがどの程度困難ですか。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難 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。
- 困難でない 少し困難 中程度困難 かなり困難 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。

2. 今回の骨折をする前の骨粗鬆症診断の有無

① なし ② あり ③ 不明

薬物療法の有無： なし あり

過去の骨折の有無： なし（今回が初発）

あり（部位： ）

3. 認知症の有無： ① なし ② あり ③ 不明

*「あり」は長谷川式で20点以下、またはMMSE23点以下、「なし」はそれぞれ21点以上、24点以上としてください。それ以外は「不明」として下さい

→ 不明の場合 看護記録を含めたカルテ記載より下記の症状について

判断力・理解力低下、見当識障害： ① なし ② あり ③ 不明

4. 既往症の有無： ① なし ② あり ③ 不明

「あり」の場合、該当するものに○印をつけてください。

内科系疾患： ① 高血圧 ② 心不全 ③ 不整脈

④ 糖尿病 ⑤ 呼吸器疾患 ⑥ その他（

）

神経系疾患： ⑦ 脳卒中 ⑧ パーキンソン病 ⑨ その他（

）

運動器系疾患： ⑩ 変形性関節症 ⑪ 関節リウマチ ⑫ その他（

）

5. 現在の服薬数 （ ）種類

6. 睡眠導入剤の服用 ①あり [薬名] ②なし

◆ 今回の骨折の状況と治療内容

1. 今回の骨折の発生日はいつですか。

骨折発生日： 年 月 日

確認のためご記入ください。

フォローアップ調査は、上記の骨折の日から1年後の様子についてです。

この患者さんの場合のフォローアップ評価時期(=上記の骨折発生日から1年後)：

年 月 日



2. 骨折の部位

- ① 大腿骨頸部骨折(右、左)
- ② 大腿骨転子部骨折(右、左)
- ③ 大腿骨骨幹部骨折(右、左)
- ④ 椎体圧迫骨折(胸椎、腰椎)
- ⑤ 上腕骨近位端骨折(右、左)
- ⑥ 前腕骨折(右、左)
- ⑦ その他()

3. 患者は手術を受けましたか。

- ① いいえ
- ② はい、

「はい」の場合、手術内容で該当するものに○印をつけてください。

① 大腿骨骨折

骨接合術：スクリュー ハンソンピン CHSタイプ ャネールタイプ

その他()

人工物置換：人工骨頭置換術 人工関節置換術

②その他(骨折名： 手術内容：)

4. 骨折治療

①入院あり

入院日： 年 月 日

退院日： 年 月 日

入院日数()日

② 入院なし

5. 入院中に骨密度の測定実施の有無

- ① なし
- ② あり

「あり」の場合、骨密度： ③ YAMの _____%

測定部位：④ 橈骨 ⑤ 中手骨 ⑥ 腰椎 ⑦ 大腿骨 ⑧ 不明

6. 入院中に骨粗鬆症関連の治療の有無

① なし ② あり

「あり」の場合、薬物療法の有無： ③ なし ④ あり

◆ 退院時の状況（骨折日から評価日までの経過日数：____日）

1. 退院時の歩行の状態

- ① 歩行に不自由なし
- ② 部分介助で屋外歩行（杖、シルバーカー使用含む）
- ③ 屋内のみ自由に歩行
- ④ 屋内をつたい歩行のみ

2. 退院時の処方薬剤名

()

3. リハビリテーション実施状況

- ① 急性期病院でのリハビリテーションのみ
- ② 急性期から回復期病院でのリハビリテーション
- ③ 急性期から老人保健施設でのリハビリテーション
- ④ 入院を経て外来リハビリテーション
- ⑤ 入院せず外来リハビリテーション
- ⑥ その他（ ）

4. 患者の退院後の収容先

- ⑦ 自宅など（親戚等の住宅含む） ② 病院、施設など ③ 不明

5. 退院時 Barthel index

1 食事	10：自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 5：部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう） 0：全介助
2 車椅子からベッドへの移動	15：自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む （非行自立も含む） 10：軽度の部分介助または監視を要する 5：座ることは可能であるがほぼ全介助 0：全介助または不可能
3 整容	5：自立（洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り） 0：部分介助または不可能
4 トイレ動作	10：自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5：部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0：全介助または不可能
5 入浴	5：自立 0：部分介助または不可能
6 歩行	15：45M以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わない 10：45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5：歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能 0：上記以外
7 階段昇降	10：自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5：介助または監視を要する 0：不能
8 着替え	10：自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5：部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0：上記以外
9 排便コントロール	10：失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5：ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0：上記以外
10 排尿コントロール	10：失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5：ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 0：上記以外
合計	点／100点中

6. 生化学データ (検査日 年 月 日)

① ALP () ② Hgb () ③ Alb () ④ Ca ()

7. 身体機能・運動機能

① 骨委縮度 I度 II度 III度

② ROM 下肢骨折のみ(骨折部) 屈曲 () 伸展 ()
外転 () 内転 ()

③ 円背率 (%)

④ 握力 右 (kg) 左 (kg)

⑤ MMT (膝伸展) 右 () 左 ()

⑥ 痛み: Visual analog scale 安静時 () 運動時 ()

⑦ 加速度データ (RMS)

前後 ()

左右 ()

垂直 ()

合計 ()

⑧ TUG (秒)

⑨ 片脚立ち時間 患側 (秒)

健側 (秒)

⑩ 5回立ち上がり時間 (秒)

⑪ 10m歩行時間 (秒)

8. 入院中のリハビリテーション平均単位数 (/ 日)

9. 運動療法の種類

- ① 筋力増強中心 ② バランス訓練中心 ③ ADL 訓練中心 ④ 歩行中心 ⑤ すべて含む ⑥
その他

別紙 3

症例調査票

登録日： 年 月 日

◆ 基本情報

1. 背景情報

① 年齢： 歳 ②性別 [男性/女性]

③ 身長： cm 体重： ④ Kg

7. 既往症の有無： ① なし ② あり ③ 不明

「あり」の場合、該当するものに○印をつけてください。

内科系疾患： ① 高血圧 ② 心不全 ③ 不整脈

④ 糖尿病 ⑤ 呼吸器疾患

⑥ その他（ ）

神経系疾患： ⑦ 脳卒中 ⑧ パーキンソン病 ⑨ その他（
）

運動器系疾患： ⑩ 変形性関節症 ⑪ 関節リウマチ ⑫ その他（
）

◆運動機能

① 加速度データ (RMS)

前後 ()

左右 ()

垂直 ()

合計 ()

② TUG (秒)

③ 片脚立ち (秒)

④ 5回立ち上がり時間 (秒)

⑤ 10m歩行時間 (秒)

◆アンケート

「運動器疾患と日常生活での困難さについての調査」

「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、□に✓をつけて下さい。

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. 頭・肩・腕・手のどこかに痛み（しびれも含む）がありますか。
□痛くない □少し痛い □中程度痛い □かなり痛い □ひどく痛い
2. 背中・腰・お尻のどこかに痛みがありますか。
□痛くない □少し痛い □中程度痛い □かなり痛い □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。
□痛くない □少し痛い □中程度痛い □かなり痛い □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。
□つらくない □少しつらい □中程度つらい □かなりつらい □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。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □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。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □ひどく困難
7. 家の中を歩くのどの程度困難ですか。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □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。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □ひどく困難
9. スボ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。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □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。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □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。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □ひどく困難
12. 階段の昇り降りどの程度困難ですか。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □ひどく困難
13. 急ぎ足で歩くのどの程度困難ですか。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □ひどく困難
14. 外に出かけるとき、身だしなみを整えるのどの程度困難ですか。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □ひどく困難
15. 休まずにどれくらい歩くことができますか（最も近いものを選んで下さい）。
□2-3 km 以上 □1 km 程度 □300 m 程度 □100 m 程度 □10 m 程度
16. 隣・近所に外出するのどの程度困難ですか。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □ひどく困難
17. 2 kg 程度の買い物（1リットルの牛乳パック2個程度）をして、持ち帰ることがどの程度困難ですか。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □ひどく困難
18. 電車やバスを利用して外出するのどの程度困難ですか。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □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。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □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。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □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。
□困難でない □少し困難 □中程度困難 □かなり困難 □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。
□控えていない □少し □中程度 □かなり □全く
控えている 控えている 控えている 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。
□控えていない □少し □中程度 □かなり □全く
控えている 控えている 控えている 控えている
24. 家の中で転ぶのではないかと不安ですか。
□不安はない □少し不安 □中程度不安 □かなり不安 □ひどく不安
25. 先歩き歩けなくなるのではないかと不安ですか。
□不安はない □少し不安 □中程度不安 □かなり不安 □ひどく不安

No	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
		No. 1～5の合計	
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か	1. はい	0. いいえ
		No. 6～10の合計	
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
		No. 11～12の合計	
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
		No. 13～15の合計	
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言われますか	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
		No. 16～20の合計	
		No. 1～20までの合計	
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
		No. 21～25の合計	

別紙 4

人工膝関節後の転倒に関するアンケート

内容

- ・ 転倒とお身体について p 1
- ・ 膝のお具合について p 4
- ・ ふだんの生活について p 12
- ・ 転倒恐怖心について p 14

お名前 []

ご住所 []

検査日 平成 年 月 日

“お手数ですが以下の質問にお答えください
また、あてはまる回答を一つ選び、□に✓をつけてください”

I 最初に貴方についてお尋ねします

あなたのお歳、身長、体重をお教えてください

年齢 () 歳 身長 () cm 体重 () kg

あなたの人工ひざ関節は

右だけ 左だけ 両方

人工股関節もされていますか？

していない
している

人工ひざ関節後に骨折をしたことがありますか？

ない
ある

↓あてはまるものに○をしてください

股の骨折 背骨の骨折 手の骨折 腕の骨折
足の骨折 ひざの骨折 太ももの骨折
その他 ()

骨折をした方は原因は何でしたか？

転倒・尻もち
交通事故
その他

骨折をした方は手術もしましたか？

した
しなかった

現在介護認定をうけておられますか？

いいえ
はい

ご自宅内や敷地内には段差がおおいですか？

ない 少しある まあある ある かなりある

ご自宅は手すりなどがつけてありますか？

ある
ない

現在飲まれているお薬の種類をお教えてください

数 ()種類
内容 ()

例) 糖のくすり 血圧のくすりなど

飲まれている薬の中に「睡眠薬」もありますか？

はい
いいえ

現在なにかご病気をお持ちですか？

心臓 呼吸 糖尿 脳卒中 高血圧
その他 ()

II 転倒についての質問

ここ最近のあなたのお身体の状態についてお聞きします。あてはまる回答を一つ選び、□に✓をつけてください

ここ1年間で転んだこと（転倒）がありますか？

ある ない
□ □

” *転倒とは

『歩いている時や何かをしているときに急につまずいたり、すべったりして、床、地面などに手がついてあり、尻もちをつくこと』

（ケガの有無とは関係ありません。また暴力などの外力によるもの、自転車などの乗り物での事故は除きます）”

転んだことがある方は何回ころびましたか？

1回 2回 3回 4回 5回以上
□ □ □ □ □

転んでケガをされましたか？

ケガをした しなかった
□ □

ケガは骨折でしたか？

骨折だった 骨折でない
□ □

骨折したところに○してください

股 足首 背骨
手 腕 ひざ
もも その他（ ）

Ⅲ お身体の具合について

ここ最近のあなたのお身体の状態についてお聞きします。あてはまる回答を一つ選び、□に✓をつけてください

耳が聞こえにくくなってきた

はい いいえ

視力の低下がある

はい いいえ

背なかが曲がってきた

はい いいえ

外反母趾（がいはんぼし）がある

はい いいえ

Ⅳ ふだんの活動など

この1ヶ月、あなたのふだんしていることや歩行などについてお聞きします。あてはまる回答を一つ選び□に✓をつけてください。

歩くときに杖などは使いますか？

杖なし 杖 老人車 杖・老人車両方 車いす

一日どれくらい歩きますか？

“ほとんど歩かない”
“部屋の中だけ歩く”
“家の中だけ歩く”
“外も散歩する”
“1キロ以上でも歩く”

立ったまま靴下をはけますか？

はい いいえ

階段をあがったりおりたりされますか？

はい いいえ

手の支えなしで椅子から立てますか？

はい

いいえ

歩く時や動作時に転倒に対する恐怖心がありますか？

はい

いいえ

定期的に体操や散歩などの運動をされますか？

はい

いいえ

V 膝のお具合について

“この最近の膝のお具合について質問しますあてはまる回答を一つ選び、□に✓をつけてください。”

いつも膝に痛みやこわばりがありますか？

はい

いいえ

歩くとき膝が痛みますか？

はい

いいえ

段差をのぼったり降りたりするとき膝が痛みますか？

はい

いいえ

いすやベッドから立ち上がる時膝が痛みますか？

はい

いいえ

膝の痛みのために外出を制限することがありますか？

はい

いいえ

膝以外の関節で痛いところがありますか？

はい

いいえ

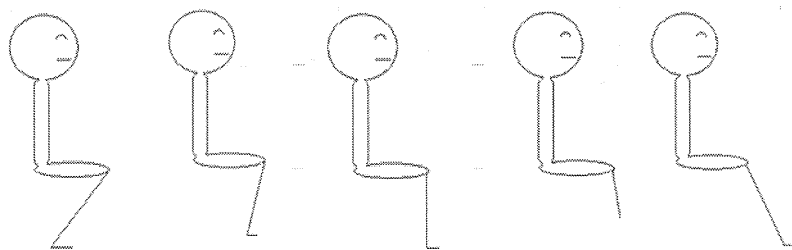
* 『はい』の方は痛いところすべてに○をしてください



首 ・ 肩 ・ 手 ・ 指 ・ 腰 ・ 股 ・ 足首

その他 ()

座ったとき膝はどれくらいまがりますか？



上のあてはまる絵に○をしてください

“以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。
記入もれが無いようご確認の上このアンケートを返信用の封筒にいれ
2週間以内にご投函ください”