

【訪問調査事前アンケート】訪問調査では以下の項目について確認・質問します。

●の質問項目について事前（調査日または調査前日）にご記入ください。

記入日

/

このアンケートは調査時に調査員が回収します。

★実際に動作を確認します

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. 麻痺（まひ）や筋力低下はありますか | 10. 視力について（手元や離れたものが見えますか） |
| 2. 関節の動く範囲に制限はありますか | 11. 聴力について（普通の大きさの音が聞こえますか） |
| 3. 寝返りができますか | 12. 日課を理解していますか |
| 4. 起き上がりができますか | 13. 生年月日、年齢を言えますか |
| 5. 10分間いす等に座ることができますか | 14. 5分前に何をしていたか思い出せますか |
| 6. 10秒間両足で立つことができますか | 15. 自分の名前を言えますか |
| 7. 5m続けて歩くことができますか | 16. 今の季節を理解していますか |
| 8. いす等から立ち上がることができますか | 17. 自分が今いる場所を理解していますか |
| 9. 1秒間片足で立つことができますか | |

●調査を受ける日の過去1週間の身体状況や介助の方法等について質問します。

「できる（一人で）」、「介助が必要」の当てはまる方に○をつけてください。また、介助が必要な場合には介助の状況、回数・頻度（1日に○回、週に○回等）をご記入ください

18. 身体はどのように洗っていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
19. つめはどのように切っていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
20. いす等に座る時、どのようにしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
21. 必要な場所への移動はどのようにしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
22. 食べ物の飲み込みができますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
23. 食事はどのように食べていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
24. 排尿はどのようにしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
25. 排便はどのようにしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
26. 歯磨きや義歯の洗浄等はどうしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
27. 洗顔はどのようにしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
28. 整髪はどのようにしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
29. 上着の着替えはどのようにしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
30. ズボンの着替えはどのようにしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
31. 薬はどのように内服していますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
32. 金銭はどのように管理していますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
33. 買い物はどのようにしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）
34. 簡単な調理（炊飯・レンジ等での温め・即席めんの調理）はどのようにしていますか
できる、介助が必要：状況（ ）、頻度（ ）

●調査を受ける日の過去1か月間の症状等について質問します。

「ない」、「ある」の当てはまる方に○をつけてください。また症状がある場合は具体的な様子、回数・頻度（1日に○回、週に○回等）、介護に掛かる時間をご記入ください

35. 外出（概ね1回30分以上）することがありましたか
ない、ある（ ）
36. 目的もなくウロウロ動き回ることがありましたか
ない、ある（ ）
37. 一人で外出して戻れなくなることがありましたか
ない、ある（ ）
38. 被害的になることがありましたか
ない、ある（ ）
39. 作り話をするすることがありましたか
ない、ある（ ）
40. 理由なく、泣いたり怒ったりして感情が不安定になることがありましたか
ない、ある（ ）
41. 昼夜が逆転し夜活動することがありましたか
ない、ある（ ）
42. じっくり同じ話をすることがありましたか
ない、ある（ ）
43. 理由なく大声を出すことがありましたか
ない、ある（ ）
44. 介護に抵抗することがありましたか
ない、ある（ ）
45. 「家に帰る」等と言い、落ち着きがなくなることがありましたか
ない、ある（ ）
46. 一人で外に出たがり目が離せないことがありましたか
ない、ある（ ）
47. いろいろな物を集めたり、無断で持ってきたりすることがありましたか
ない、ある（ ）
48. 物を壊したり破いたりすることがありましたか
ない、ある（ ）
49. 生活に支障となるひどい物忘れがありましたか
ない、ある（ ）
50. 意味もなく独り言や独り笑いをすることがありましたか
ない、ある（ ）
51. 周囲の状況に合致しない自分勝手な行動をすることがありましたか
ない、ある（ ）
52. 話がまとまらず、会話にならないことがありましたか
ない、ある（ ）
53. 集団（家族以外）への不応（明らかに周囲の状況に合致しない行動）がありましたか
ない、ある（ ）

●調査を受ける日の2週間以内に医師、看護師等により医療的処置を受けていて、今後も継続して受ける予定の処置について質問します。

該当がある場合はチェックをつけてください

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 点滴 | <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 |
| <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 疼痛の看護（がんの痛みのコントロール等） |
| <input type="checkbox"/> 人工透析 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 |
| <input type="checkbox"/> 人工肛門の処置 | <input type="checkbox"/> モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法 | <input type="checkbox"/> 床ずれの処置 |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> カテーテル（排尿のためのもの） |