

15	排泄後、便をさわったり隠したりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (3)		
16	本来食べられないような物を口に入れたりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (3)		
17	家族や周囲の人が困るような性的な言動や行為がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (3)		
18	話そうとしても言葉が出ないようなことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (4)		
19	ろれつが回らなかったり、言葉を上手く発音できないことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (4)		
20	夜間など急に興奮して大声をだしたり、意味不明な言動をすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (4)		
21	夜間以外にも、一日中うとうと眠っていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (4)		
22	自分のいるところがわからなくなったり、時間の感覚がわからなくなったりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (4)		
23	着替える時に、着る順番や裏表などがわからなくなることはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (4)		
24	利き腕はどちらですか？	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	3 (5)		
25	身長と体重をわかる範囲でご記入ください	身長	cm	体重	kg	3 (5)
26	切断などで手・足・指が失われている部分がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	(部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (5)	
27	顔・手・足などで力が入らない(入りにくい)ところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	(部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (5)	
28	手・足の関節で、硬くなって動きにくいところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	(部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (5)	
29	手・足の関節が、痛みにより動きにくいところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	(部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (5)	
30	手・足など、ふるえて思うように動かないところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	(部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (5)	
31	床ずれ(じょくそう)がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	(部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (5)	
32	湿疹や水虫など皮膚に薬を塗っているところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	(部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3 (5)	
33	屋外での歩行は誰かの介助が必要ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 歩行できない	4 (1)	
34	車いすを使っていますか？	<input type="checkbox"/> はい(自分で操作)	<input type="checkbox"/> はい(介助が必要)	<input type="checkbox"/> いいえ	4 (1)	
35	杖やシルバーカーを使っていますか？	<input type="checkbox"/> はい(屋外で使用)	<input type="checkbox"/> はい(屋内で使用)	<input type="checkbox"/> いいえ	4 (1)	
36	食事は自分で食べられますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4 (2)		
37	毎日3食しっかりと食べていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4 (2)		
38	便・尿をもらすことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4 (3)		
39	入れ歯(取り外せる)を使っていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4 (5)		
40	食後に歯(義歯)を磨いていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4 (5)		
41	飲み物を飲む時にむせたり、つかえることなくスムーズに飲み込めますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4 (5)		
42	ぶくぶくうがいができますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4 (5)		
43	口の中に痛みがあって困っていることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4 (5)		
44	【医師に伝えたいこと】(必須) ・日常生活や介護で困っていること ・利用を希望する介護サービスや福祉用具 ・区分変更申請の理由 など、なるべく詳しくご記入ください。	(必ずご記入ください)				

【氏名】

【続柄＝本人から見た関係】

記入日

年 月 日

記入者

()