２０２２年

様式３

健　康　状　態　報　告　書

（医師記入用）

記入要領

１．この報告書は、健康管理費用の受給者が担当医師に当該年度の健康状態を記入していただき、**本人記入の生活状況報告書（様式４）とともに３月１日から10日までの間に提出してください。受診日等のご事情により、期限内に提出できない場合は、受診後速やかにご提出ください。次年度事業は報告書が提出された場合のみ継続認定されることになっています。**

２．発症などにより年度途中で事業が終了となった場合には、該当期のみ記入していただき、その時点での提出をお願いいたします。

３．当該年度の健康状態を担当医師が４期分〔Ⅰ期（４～６月)、Ⅱ期（７～９月)、Ⅲ期（10～12月)、Ⅳ期（１～３月)〕記入してください。

４．各項目のあてはまる全ての□にチェック（√）を入れ、（　）には該当する事項を記入してください。

５．その他参考になることがあれば、備考欄に記入してください。

６．通院がなかった、あるいは検査未実施等の事情により、４期分すべての健康状態を記入できない場合は、可能な範囲の記入で結構です。但し、その旨を備考欄に記入してください。

７．当事業（本報告書の基礎疾患）における二次感染・三次感染は以下のとおりです。
・二次感染者：配偶者その他これに準ずる者
・三次感染者：母子感染した子

患者の氏名		男・女	**生年月日**	年　月　日

医療機関の名称

住　所（〒　－　）

電話番号
（　－　－　）

医師氏名
（診療科名　）

備　考

A．基礎疾患と肝炎等の状況

基礎疾患	□ 血友病A □ 血友病B □ von Willebrand病 □ 二次感染 □ 三次感染 □ その他（ ）	血圧	／ mmHg
肝炎等の有無	□ 無し □ 慢性肝炎 □ 肝硬変 □ 肝癌 □ その他（ ）		
	腹部画像検査の有無 □ 有 □ 無		
HBs-抗原	□ + □ − □ 不明	HCV-抗体	□ + □ − □ 不明
HCV-RNA	□ TaqMan法［（ ）Log IU/mL □ 検出せず］ □ 未検査		
血小板数	（ ）×10⁴/mm³ □ 未検査	PIVKA-II	（ ）mAU/mL □ 未検査
ALT（GPT）	（ ）IU/L □ 未検査	AFP	（ ）ng/mL □ 未検査
T.bil	（ ）mg/dL □ 未検査	肝移植歴	□ 有 □ 無
アルブミン	（ ）g/dL □ 未検査	クレアチニン	（ ）mg/dL □ 未検査
プロトロンビン	PT活性％（ ）％ □ 未検査	eGFR	（ ）mL/分/1.73m² □ 未検査
骨密度	測定部位（ ） YAM（ ）％ □ 未検査	シスタチンC	（ ）mg/L □ 未検査
脳血管疾患の有無	□ 無し □ 脳出血 □ 脳梗塞 □ その他の脳血管疾患		
虚血性心疾患の有無	□ 無し □ 心筋梗塞 □ その他の虚血性心疾患		
悪性新生物（肝以外）の有無	□ 無し □ 肝癌以外の悪性新生物（ 部位： ）		
その他の疾患の有無	□ 無し □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 脂質異常症 □ 慢性腎不全 □ 高尿酸血症 □ 関節症 □ その他（ ）		

肝移植歴以外は、本年度の状況を記入してください。血圧は左に上（収縮期）を、右に下（拡張期）を記入してください。
HCV-RNA定量・血小板数・ALT（GPT）・T.bil値・アルブミン値・プロトロンビン値・骨密度値・PIVKA-II値・AFP値・クレアチニン値・eGFR値・シスタチンC値については、**単位にご注意のうえ**（ ）に測定値を記入してください。

B．検査の実施状況	Ⅰ期（4～6月）	Ⅱ期（7～9月）	Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）
検査実施年月日	（2022/ / ）	（2022/ / ）	（2022/ / ）	（2023/ / ）
期間中の診察の有無	□ 無	□ 無	□ 無	□ 無
期間中のCD4値検査の有無	□ 未検査	□ 未検査	□ 未検査	□ 未検査
CD4値（ /μL ）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
CD4/CD8比	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
期間中のHIV-RNA量検査の有無	□ 未検査	□ 未検査	□ 未検査	□ 未検査
HIV-RNA量の検査法	□ TaqMan法	□ TaqMan法	□ TaqMan法	□ TaqMan法
HIV-RNA量 ＊単位は「コピー/mL」でご記入ください。（例：4.3×10³→4300コピー/mL）。 ＊検査結果が検出限界未満の場合には、その検出限界値も併せてご記入ください。	（ ） コピー /mL □検出限界未満 （ ）コピー/mL未満 □検出せず	（ ） コピー /mL □検出限界未満 （ ）コピー/mL未満 □検出せず	（ ） コピー /mL □検出限界未満 （ ）コピー/mL未満 □検出せず	（ ） コピー /mL □検出限界未満 （ ）コピー/mL未満 □検出せず

各期ごとに、検査の実施状況等を記入してください。

C．抗HIV薬投与と服薬状況		Ⅰ期（4～6月）	Ⅱ期（7～9月）	Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）
0．投与なし		□	□	□	□
1．投与あり 下記抗HIV薬一覧表の番号を記入	投与薬剤1（　　）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）
	投与薬剤2（　　）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）
	投与薬剤3（　　）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）
	投与薬剤4（　　）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）
	投与薬剤5（　　）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）
	投与薬剤6（　　）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）	□（1・2・3・4・5）

I期～IV期の１年間に投与した抗HIV薬を薬剤一覧表から全て選び、**その番号**を投与薬剤１～６に一つずつ記入してください。
各期ごとに、投与した薬剤の□にチェック（✓）し、記入例のように服薬状況を５段階から選択してください。
当該期に抗HIV薬の投与がなかった場合は、「０．投与なし」にチェックしてください。
１～34以外の抗HIV薬を投与した場合は、その他の欄の91番～93番に薬剤名を記入し、その番号を投与薬剤欄に記入してください。

記入例

投与あり	全部服用している		半分服用している		全く服用していない
☑	（　1　・	②	・　3　・	4	・　5　）

抗ＨＩＶ薬　一覧表：一般名［略号］（主な商品名）

核酸系逆転写酵素阻害剤（NRTI）（合剤を含む）	プロテアーゼ阻害剤（PI）（合剤を含む）
1．ジドブジン［AZT］［ZDV］（レトロビル）	16．リトナビル［RTV］（ノービア）
2．ラミブジン［3TC］（エピビル）	18．ロピナビル・リトナビル配合剤［LPV・RTV］（カレトラ）
3．ジドブジン・ラミブジン配合剤［AZT・3TC］（コンビビル）	19．アタザナビル［ATV］（レイアタッツ）
4．アバカビル［ABC］（ザイアジェン）	20．ホスアンプレナビル［FPV］（レクシヴァ）
5．テノホビル　ジソプロキシルフマル酸塩［TDF］（ビリアード）	21．ダルナビル［DRV］（プリジスタ／プリジスタナイーブ）
6．アバカビル・ラミブジン配合剤［ABC・3TC］（エプジコム または ラバミコム）	22．ダルナビル・コビシスタット［DRV・COBI］（プレジコビックス）
7．エムトリシタビン［FTC］（エムトリバ）	30．ダルナビル・コビシスタット・エムトリシタビン・テノホビルアラフェナミドフマル酸塩配合剤［DRV・COBI・FTC・TAF］（シムツーザ）
8．テノホビル　ジソプロキシルフマル酸塩・エムトリシタビン配合剤［TDF・FTC］（ツルバダ）	**インテグラーゼ阻害剤（INSTI）（合剤を含む）**
9．テノホビル　アラフェナミドフマル酸塩 11.2mg・エムトリシタビン配合剤［TAF・FTC］（デシコビ配合錠 LT）	23．ラルテグラビル［RAL］（アイセントレス）
10．テノホビル　アラフェナミドフマル酸塩 28mg・エムトリシタビン配合剤［TAF・FTC］（デシコビ配合錠 HT）	24．エルビテグラビル・コビシスタット・テノホビル　ジソプロキシルフマル酸塩・エムトリシタビン配合剤［EVG・COBI・TDF・FTC］（スタリビルド）
非核酸系逆転写酵素阻害剤（NNRTI）（合剤を含む）	25．エルビテグラビル・コビシスタット・テノホビル　アラフェナミドフマル酸塩・エムトリシタビン配合剤［EVG・COBI・TAF・FTC］（ゲンボイヤ）
11．ネビラピン［NVP］（ビラミューン）	26．ドルテグラビル［DTG］（テビケイ）
12．エファビレンツ［EFV］（ストックリン）	27．ドルテグラビル・アバカビル・ラミブジン配合剤［DTG・ABC・3TC］（トリーメク）
13．エトラビリン［ETR］（インテレンス）	31．ドルテグラビル・リルピビリン配合剤［RPV・DTG］（ジャルカ）
14．リルピビリン［RPV］（エジュラント）	32．ビクテグラビル・エムトリシタビン・テノホビルアラフェナミドフマル酸塩配合剤［BVY］（ビクタルビ）
29．リルピビリン・テノホビル　アラフェナミドフマル酸塩・エムトリシタビン配合剤［RPV・TAF・FTC］（オデフシィ）	33．ドルテグラビル・ラミブジン配合剤［DTG・3TC］（ドウベイト）
34．ドラビリン［DOR］（ピフェルトロ）	

その他	
28．マラビロク［MVC］（シーエルセントリ）	91．一般名 商品名（　　）
	92．一般名 商品名（　　）
	93．一般名 商品名（　　）

D．C型肝炎治療薬の投与状況 一般名（主な商品名）	Ⅰ期（4～6月）	Ⅱ期（7～9月）	Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）
0．投与なし	□	□	□	□
1．ソホスブビル / レジパスビル配合剤 **(ハーボニー)**	□	□	□	□
2．リバビリン **(コペガス/レベトール)**	□	□	□	□
3．グレカプレビル水和物・ピブレンタスビル配合剤 **(マヴィレット)**	□	□	□	□
4．ソホスブビル/ベルタパスビル配合錠 **(エプクルーサ)**	□	□	□	□
その他（一般名：　　） （商品名：　　）				

各期ごとに、投与したC型肝炎治療薬の□にチェック（√）してください。C型肝炎治療薬の投与がない場合は「0．投与なし」にチェックしてください。また、それ以外の薬剤を投与した場合は、その他の（　）に薬剤名を記入してください。

E．副作用の発現状況	Ⅰ期（4～6月）	Ⅱ期（7～9月）	Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）
0．なし	□	□	□	□
1．嘔気	□	□	□	□
2．下痢	□	□	□	□
3．口内炎	□	□	□	□
4．貧血	□	□	□	□
5．血尿	□	□	□	□
6．しびれ	□	□	□	□
7．皮疹	□	□	□	□
8．頭痛	□	□	□	□
9．中枢神経症状(ふらつき､めまい､不眠など)	□	□	□	□
10．リポジストロフィー	□	□	□	□
11．黄疸	□	□	□	□
その他（　　）	□	□	□	□

各期ごとに、発現した副作用の□にチェック（√）してください。副作用の発現がない場合は、「0．なし」にチェックしてください。また、それ以外の副作用が発現していた場合には、その他の（　）に副作用名を記入してください。

様式４　　２０２２年

生 活 状 況 報 告 書

（本人記入用）

氏　名		個人番号	－　０
記入者	本人 ・ 代筆（続柄　　）	身　長	ｃｍ
記入日	年　　月　　日現在	体　重	ｋｇ

記入要領

１．この報告書は、健康管理費用の受給者が提出時の日常生活の状態を記入し、**医師記入の健康状態報告書（様式３）とともに３月１日から１０日までの間に提出してください。受診日等のご事情により、期限内に提出できない場合は、受診後に速やかにご提出ください。次年度事業は報告書が提出された場合のみ継続認定されることになっています。**

２．発症などにより年度途中で事業終了となった場合には、その時点での提出をお願いします。

３．記入者欄に、報告書記入者の本人・代筆の別を○で囲んでください。代筆の場合は本人との続柄をカッコ内に記入してください。

４．あなたの日常生活の状態について、問１～問２１の回答方法に応じて、最も良く当てはまると思われる状態の数字を○で囲むか、あるいは、あてはまる数字や文字をご記入ください。

問１　あなたの現在のお住まいはどこですか。**都道府県名**をご記入いただき、**あてはまる番号１つ**に○をつけてください。

□　都・道・府・県

１．持ち家（家族名義含む）	４．病院・診療所に入院中
２．賃貸	５．社会福祉施設等に入所中
３．社宅等	６．その他

問２　あなたの世帯で、普段一緒にお住まいで、生計を共にしている方（世帯員）は、**あなたを含めて**何人ですか。（一時的に不在の方を含みます。）

□　人

（例として、ひとり暮らしの場合は「1」人、ふたり暮らしの場合は「2」人となります。）

２人以上　と回答した方に伺います。

問２－１　あなたから見て、同居している方の続柄はどれですか。**あてはまるすべて**の番号に○をつけてください。

１．配偶者	４．父母
２．子ども（未成年）	５．兄弟姉妹
３．子ども（成人）	６．その他

問３　あなたの過去１か月間の仕事の状況について、**あてはまる番号１つ**に○をつけてください。

１．主に仕事をしている
２．主に家事で仕事あり
３．主に通学で仕事あり
４．仕事あり（１～３以外）
５．仕事なし・家事（専業）
６．仕事なし・就職希望あり
７．仕事なし・就職希望なし

５～７(仕事なし)と回答した方　問４へ

※ 収入を伴う仕事を少しでもした方は１～４（仕事あり）、まったく仕事をしなかった方は５～７（仕事なし）の中からお答えください。無給で自家営業の手伝いをした場合や、育児休業や介護休業のため、一時的に仕事を休んでいる場合も１～４（仕事あり）とします。ＰＴＡ役員やボランティアなど無報酬の活動は５～７（仕事なし）とします。なお、家事には、育児、介護を含めます。

１～４（仕事あり）と回答した方に伺います。

問３－１　あなたの**過去１週間**に**実際に仕事をした日数と時間数**をお答えください。

なお、複数の仕事をした場合は、全ての合計をお答えください。

過去1週間の仕事をした日数		**日**
過去1週間の仕事をした時間数の合計		**時間**

問３－２　現在の主な仕事について、**あてはまる番号１つ**に○をつけてください。

１．勤め　　２．自営（会社などの役員を含む）

２．自営と回答した方　問４へ

１．勤め　と回答した方に伺います。

問３－３　あなたの**勤め先での呼称**について**あてはまる番号１つ**に○をつけてください。

１．正規の職員・従業員
２．パート
３．アルバイト
４．労働者派遣事業所の派遣社員
５．契約社員
６．嘱託
７．その他

「労働者派遣事業所の派遣社員」とは、労働者派遣法に基づく事業所に雇用され、そこから派遣されている人をいいます。

問４　障害者雇用について、**あてはまる番号１つ**に○をつけてください。

障害者雇用促進法により企業等の事業主には一定割合以上障害者を雇用する義務が課せられています。ここでいう障害者雇用とは、障害者であることを明らかにして雇用される場合を指します。

問４－１　障害者雇用について

１．知っている	２．知らない

問４－２　障害者雇用の利用について

１．障害者雇用として働いている
２．障害者雇用を検討している
３．障害者雇用を検討しなかった・検討していない

問５　障害者向け就労支援サービスについて、**あてはまる番号１つ**に○をつけてください。

ここでいう障害者向けの就労支援サービスとは、障害者就労移行支援や障害者就労継続支援の他、ハローワークや障害者職業センター等で障害者手帳を提示した上で受けられる就労支援全般を指します。

問５－１　障害者向け就労支援サービスについて

１．知っている	２．知らない

問５－２　障害者向け就労支援サービスの利用について

１．サービスを就職時に利用した・現在利用している
２．サービスの利用を検討している
３．障害者としてサービスを受けるつもりはない・なかった

問６　あなたは**現在**、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。

１．ある　　２．ない　→　**２．ない　と回答した方 問７へ**

１．ある　と回答した方に伺います。

問６－１　それはどのようなことに影響がありますか。**あてはまるすべて**の番号に○をつけてください。

１．日常生活動作（起床、衣服着脱、食事、入浴など）
２．外出（時間や作業量などが制限される）
３．仕事、家事、学業（時間や作業量などが制限される）
４．運動（スポーツを含む）
５．その他

問６－２　日常生活に影響があるのはどのようなときですか。**あてはまるすべて**の番号に○をつけてください。

１．常に影響がある
２．血友病による出血や痛みがある時に影響がある
３．それ以外のときに影響がある（具体的に記入：　　）

問７　あなたの現在の健康状態はいかがですか。**あてはまる番号１つ**に○をつけてください。

１．よい　　２．まあよい　３．ふつう　４．あまりよくない　５．よくない

問８　次の（ア）から（カ）の質問について、**過去１か月**の間はどのようであったか、６つの項目それぞれの**あてはまる番号１つ**に○をつけてください。

	いつも	たいてい	ときどき	少しだけ	まったくない
(ア)　神経過敏に感じましたか	1	2	3	4	5
(イ)　絶望的だと感じましたか	1	2	3	4	5
(ウ)　そわそわ、落ち着かなく感じましたか	1	2	3	4	5
(エ)　気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか	1	2	3	4	5
(オ)　何をするのも骨折りだと感じましたか	1	2	3	4	5
(カ)　自分は価値のない人間だと感じましたか	1	2	3	4	5

問９　主としてHIV感染に関する治療を受けるために通院している病院・診療所について伺います。

問９－１　通院頻度はどのくらいですか。
あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．１週間に１回以上	４．３か月に１回以上
２．２週間に１回以上	５．６か月に１回以上
３．１か月に１回以上	６．それ以下

問９－２　通院にかかる時間（片道）はどのくらいですか。
あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．３０分未満	４．３時間未満
２．１時間未満	５．３時間以上
３．２時間未満	

問９－３　通院に付添の方がいますか。
あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．一人で通院している
２．付添人と通院しているが、一人で通院することも可能である
３．付添人と通院しており、一人で通院することが難しい

問９－４　通院に利用する交通手段はどれですか。
あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．徒歩のみ、または、徒歩と電車やバスなど
２．自家用車などで、自分で運転する
３．自家用車などで、付添人が運転する
４．介護タクシーを利用する
５．タクシー(介護タクシーを除く)を利用する
６．その他

問１０　あなたは**ここ数日、**病気やけがなどで体の具合の悪いところ（自覚症状）がありますか。

１．ある　　２．ない　→　**２．ない　と回答した方問１１へ**

１．ある　と回答した方に伺います。

問１０－１　それは、どのような症状ですか。**あてはまるすべて**の症状名の番号に○をつけてください。
その中で**最も気になる症状名の番号**を番号記入欄に記入してください。

全身症状
1．熱がある
2．体がだるい
3．眠れない
4．いらいらしやすい
5．もの忘れする
6．頭痛
7．めまい

眼
8．目のかすみ
9．物を見づらい

耳
10．耳なりがする
11．きこえにくい

胸部
12．動悸
13．息切れ
14．前胸部に痛みがある

呼吸器系
15．せきやたんが出る
16．鼻がつまる・鼻汁が出る
17．ゼイゼイする

消化器系
18．胃のもたれ・むねやけ
19．下痢
20．便秘
21．食欲不振
22．腹痛・胃痛
23．痔による痛み・出血など

歯
24．歯が痛い
25．歯ぐきのはれ・出血
26．かみにくい

皮膚
27．発疹（じんま疹・できものなど）
28．かゆみ（湿疹・水虫など）

筋骨格系
29．肩こり
30．腰痛
31．手足の関節が痛む

手足
32．手足の動きが悪い
33．手足のしびれ
34．手足が冷える
35．足のむくみやだるさ

尿路生殖器系
36．尿が出にくい・排尿時痛い
37．頻尿（尿の出る回数が多い）
38．尿失禁（尿がもれる）
39．月経不順・月経痛

損傷
40．骨折・ねんざ・脱きゅう
41．切り傷・やけどなどのけが
42．その他

最も気になる症状の番号記入欄　→　［　　］**番**

問１１　血友病・ＨＩＶ関連を除く入院・通院についてお尋ねします。

あなたは**現在、血友病・ＨＩＶ関連以外の**傷病（病気やけが）で、病院や診療所（医院、歯科医院）、あんま・はり・きゅう・柔道整復師（施術所）に入院、または通院していますか。
（**往診、訪問診療、問１０**の症状で通っているものを含む）

１．入院または通院している　　２．入院も通院もしていない　→ **２．と回答した方 問１２へ**

１．入院または通院している　と回答した方に伺います。

問１１－１　どのような傷病（病気やけが）で入院、または通院していますか。
あてはまるすべての傷病名の番号に○をつけてください。
その中で**最も気になる傷病名の番号**を番号記入欄に記入してください。

内分泌・代謝障害
1. 糖尿病
2. 肥満症
3. 脂質異常症（高コレステロール血症等）
4. 甲状腺の病気

精神・神経
5. うつ病やその他のこころの病気
6. 認知症
7. パーキンソン病
8. その他の神経の病気（神経痛・麻痺等）
9. 眼の病気
10. 耳の病気

循環器系
11. 高血圧症
12. 脳卒中（脳出血、脳梗塞等）
13. 狭心症・心筋梗塞
14. その他の循環器系の病気

呼吸器系
15. 急性鼻咽頭炎（かぜ）
16. アレルギー性鼻炎
17. 慢性閉塞性肺疾患（COPD)
18. 喘息
19. その他の呼吸器系の病気

消化器系
20. 胃・十二指腸の病気
21. 肝臓・胆のうの病気
22. その他の消化器系の病気
23. 歯の病気

皮膚
24. アトピー性皮膚炎
25. その他の皮膚の病気

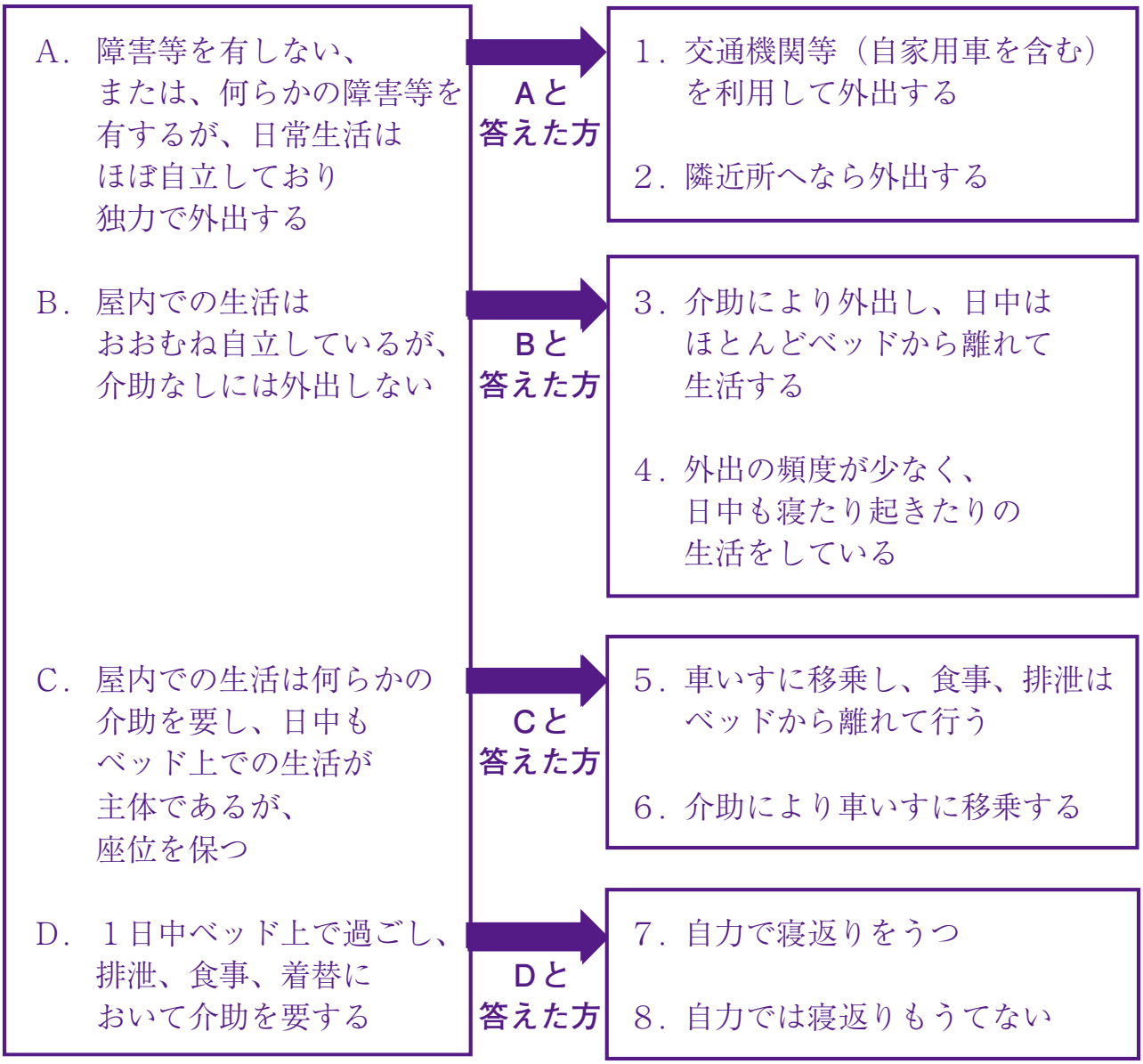
筋骨格系
26. 痛風
27. 関節リウマチ
28. 関節症
29. 肩こり症
30. 腰痛症
31. 骨粗しょう症

尿路生殖器系
32. 腎臓の病気
33. 前立腺肥大症
34. 閉経期又は閉経後障害（更年期障害等）

損傷
35. 骨折
36. 骨折以外のけが・やけど
37. 貧血・血液の病気
38. 悪性新生物（がん）
39. 妊娠・産褥（切迫流産、前置胎盤等）
40. 不妊症
41. その他
42. 不明

最も気になる傷病の番号記入欄 → [　　] **番**

問１２　あなたの**現在の生活の状況**はいかがですか。
まず、次のＡ～Ｄの中から、**最も近いもの**に○をつけてください。
次に、右側の２つから**より当てはまる方**に○をつけてください。



問１３　あなたは**現在**、日常生活で悩みやストレスがありますか。

１．ある　　２．ない　→　**２．ない　と回答した方　問１４へ**
（１２ページ）

１．ある　と回答した方に伺います。

問１３－１　それは、どのような原因ですか。**あてはまるすべて**の原因の番号に○をつけてください。
その中で**最も気になる原因の番号**を番号記入欄に記入してください。

１．家族との人間関係	12．妊娠・出産
２．家族以外との人間関係	13．育児
３．恋愛・性に関すること	14．家事
４．結婚	15．自分の学業・受験・進学
５．離婚	16．子どもの教育
６．いじめ、セクシュアル・ハラスメント	17．自分の仕事
７．生きがいに関すること	18．家族の仕事
８．自由にできる時間がないこと	19．住まいや生活環境（公害、安全及び交通事情を含む）
９．収入・家計・借金等	
10．自分の病気や介護	20．その他
11．家族の病気や介護	21．わからない

最も気になる悩みやストレスの番号記入欄　→　［　　］**番**

前ページの問１３で　１．ある　と回答した方に伺います。
（２．ない　と回答した方は次のページの問１４へ）

問１３－２　悩みやストレスを、どのように相談していますか。
あてはまるすべての番号に○をつけてください。
また、最も気になる悩みやストレスについてどのように相談していますか。
あてはまる番号の主なものを２つまで番号記入欄に記入してください。

１．家族に相談している

２．友人・知人に相談している

３．職場の上司、学校の先生に相談している

４．公的な機関（保健所、福祉事務所、精神保健福祉センター等）の相談窓口（電話等での相談を含む）を利用している

５．患者団体の相談窓口（電話等での相談を含む）を利用している

６．患者団体以外の民間の相談機関（悩み相談所等）の相談窓口（電話等での相談を含む）を利用している

７．医療機関の医師に相談している

８．医療機関の看護師に相談している

９．医療機関の医療ソーシャルワーカーに相談している

10．医療機関の臨床心理士・カウンセラー等に相談している

11．テレビ、ラジオ、新聞等の相談コーナーを利用している

12．１～11以外で相談している（職場の相談窓口等）

13．相談したいが誰にも相談できないでいる

14．相談したいがどこで相談したら良いかわからない

15．相談する必要はないので誰にも相談していない

最も気になる悩みやストレスの相談状況の番号記入欄 → □□ **番**

問１４　あなたは障害者手帳を取得していますか。**あてはまるすべて**の番号に○をつけてください。

１．身体障害者手帳
２．療育手帳
(愛の手帳、愛護手帳、みどりの手帳)
３．精神障害者保健福祉手帳
４．取得していない

１．身体障害者手帳と回答した方に伺います。

身体障害者手帳の等級と種別に○をつけてください。

等級

ア．１級　　エ．４級
イ．２級　　オ．５級
ウ．３級　　カ．６級

種別

ア．肢体不自由
イ．免疫機能障害
ウ．その他

４．取得していない と回答した方に伺います。

問１４－１　手帳を取得していない理由はどれですか。**あてはまるすべて**の番号に○をつけてください。

１．障害の種類や程度が手帳の基準に合致しない
２．手帳の制度や取得の手続きがわからない
３．とくに手帳がなくても困らない
４．手帳を持ちたくない
５．その他

問１５　あなたは障害者総合支援法に基づく障害支援区分の認定を受けていますか※。**あてはまる番号１つ**に○をつけてください。

１．認定を受けている
２．認定調査は受けたが、非該当だった
３．認定は受けていない
４．わからない

１．認定を受けている と回答した方に伺います。

認定を受けた区分に○をつけてください。

区分

ア．区分１　　エ．区分４
イ．区分２　　オ．区分５
ウ．区分３　　カ．区分６

※障害者（身体障害者手帳をお持ちの方等）は、市町村への申請により「障害福祉サービス受給者証」が交付され、その区分に応じた障害福祉サービスを受けることができます。

問１６　あなたは現在、障害福祉サービスを利用していますか。
あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．利用している　　２．利用していない　→ **２．利用していない と回答した方　問１７へ**

１．利用している　と回答した方に伺います。

問１６－１　利用している障害福祉サービスはどれですか。
あてはまるすべての番号に○をつけてください。

１．訪問系サービス
（居宅介護、重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援）
２．就労支援系サービス
３．訓練系サービス
４．その他日中活動サービス
５．障害者のグループホーム・ケアホーム
６．入所施設
７．指定相談支援
８．その他
９．わからない

問１７　あなたは介護保険法に基づく要介護（要支援）認定を受けていますか。
あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．認定を受けている
２．認定調査は受けたが、非該当だった
３．認定は受けていない
４．わからない

１．認定を受けている　と回答した方に伺います。
認定を受けた区分に○をつけてください。

区分

ア．要支援１　　ウ．要介護１　　カ．要介護４
イ．要支援２　　エ．要介護２　　キ．要介護５
　　オ．要介護３　　ク．わからない

問１８　あなたは現在、介護サービスを利用していますか。
あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．利用している　　２．利用していない　→ **２．利用していない と回答した方　問１９へ**

１．利用している　と回答した方に伺います。

問１８－１　利用している介護サービスはどれですか。
あてはまるすべての番号に○をつけてください。

１．訪問系サービス
（訪問介護（ホームヘルプ）、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション等（各種介護予防サービスや介護予防・日常生活支援総合事業による訪問系サービスを含む））

２．通所系サービス
（通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション等（各種介護予防サービスや介護予防・日常生活支援総合事業による通所系サービスを含む））

３．短期入所サービス（ショートステイ）

４．認知症グループホーム

５．有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

６．施設入所（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設）

７．その他

８．わからない

問１９　現在の暮らしの状況を総合的にみて、どう感じていますか。
あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．大変苦しい	３．普通	５．大変ゆとりがある
２．やや苦しい	４．ややゆとりがある	

問２０　差し支えなければ、**あなたの**昨年のおおよその年間収入総額について、**あてはまる番号１つ**に○をつけてください。なお、年間収入総額には、就労による賃金等収入（税込み）のほか、公的年金や健康管理費用も含めてください。

１．２００万円未満	５．８００～１０００万円未満
２．２００～４００万円未満	６．１０００万円以上
３．４００～６００万円未満	７．わからない
４．６００～８００万円未満	

問２０－１　年間収入総額に関し、**あなたの**公的年金の受給状況を教えてください。

１．障害基礎年金１級 または 障害厚生年金１級を受給している
２．障害基礎年金２級 または 障害厚生年金２級を受給している
３．障害厚生年金３級を受給している
４．その他の公的年金（国民年金、厚生年金）を受給している
５．公的年金は受給していない
６．わからない

問２１　あなたは、現在生活をしている中でどのようなことにお困りですか。
また、将来に対してどのような不安をお持ちですか。それに対して、
どのような支援を受けたいですか。
以下の項目に分けて、自由にお書きください。

あなたの健康、医療、福祉に関すること
日常生活、仕事、収入に関すること
その他のこと

対象者の日中の連絡先※1　（報告書の内容等について昼間連絡させていただく場合がございます）					
固定電話	－	－	携帯電話	－	－

※1 対象者・代理人の転居などにより、住所・電話番号等に変更があった場合には
変更届(様式第６号)を速やかに提出してくださるようお願いいたします。

質問はこれで終了です。ご協力ありがとうございました。