

様式3

健康状態報告書

(医師記入用)

記入要領

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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
- 記入事項の訂正については、二重線を引く等、訂正したことが分かれば結構です（訂正印は不要です）。

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						
【医師の印鑑（認印）は不要です。】						
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		血 圧	/ mmHg	
	☐ 二次感染 ☐ 三次感染 ☐ その他 ()				
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		
H B s - 抗 原	☐ + ☐ - ☐ 不明		H C V - 抗 体	☐ + ☐ - ☐ 不明	
H C V - R N A	☐ TaqMan法 [() Log IU/mL ☐ 検出せず] ☐ 未検査				
血 小 板 数	()×10 ⁴ /mm ³ ☐ 未検査		P I V K A - II	()mAU/mL ☐ 未検査	
ALT (GPT)	()IU/L ☐ 未検査		A F P	()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		e G F R	()mL/分/1.73m ² ☐ 未検査	
骨密度	測定部位 ()		シスタチンC	()mg/L ☐ 未検査	
	YAM ()% ☐ 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		(2024/ /)	(2024/ /)	(2024/ /)	(2025/ /)
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（ / μ L ）		()	()	()	()
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：4.3×10 ³ →4300コピー/mL）。		コピー/mL	コピー/mL	コピー/mL	コピー/mL
		☐ 検出限界未満	☐ 検出限界未満	☐ 検出限界未満	☐ 検出限界未満
		()コピー/mL未満	()コピー/mL未満	()コピー/mL未満	()コピー/mL未満
* 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。		☐ 検出せず	☐ 検出せず	☐ 検出せず	☐ 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。
 1～38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 (1 . ②	半分服用している . 3 . 4	全く服用していない . 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〕 （エビビル）	18. ロビナビル・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. ホスアンブレナビル〔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／プリジスタナীব）
6. アバカビル・ラミブジン配合剤〔ABC・3TC〕 （エブジコム または ラバミコム）	22. ダルナビル・コビスタット〔DRV・COBI〕 （プレジコビックス）
7. エムトリシタピン〔FTC〕 （エムトリバ）	30. ダルナビル・コビスタット・エムトリシタピン・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・エムトリシタピン 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 タピン配合剤〔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 タピン配合剤〔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・エムトリシタピン配合剤〔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・エムトリシタピン配合剤〔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〕 （デビケイ）
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〕（トリームク）
13. エトラビルン〔ETR〕 （インテレンス）	31. ドルテグラビル・リルビピリン配合剤〔RPV・DTG〕 （ジャルカ）
14. リルビピリン内服〔RPV〕 （エジュラント）	32. ビクテグラビル・エムトリシタピン・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）
35. リルビピリン注射〔RPV〕 （リカムビス水懸筋注）	33. ドルテグラビル・ラミブジン配合剤〔DTG・3TC〕 （ドウベイト）
29. リルビピリン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩・ エムトリシタピン配合剤〔RPV・TAF・FTC〕（オデフシイ）	36. カボテグラビル内服〔CAB〕 （ボカブリア錠）
34. ドラビリン〔DOR〕 （ビフェルトロ）	37. カボテグラビル注射〔CAB〕 （ボカブリア水懸筋注）
その他	91. 一般名 商品名（ ）
28. マラビロク〔MVC〕 （シーエルセントリ）	92. 一般名 商品名（ ）
38. レナカバビル錠剤・注射剤〔LEN〕 （シュンレンカ錠・シュンレンカ皮下注）	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ן （コベガス/レベトール）	☐	☐	☐	☐
3. グレカブレビル水和物・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。

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。）

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

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 | 4. 労働者派遣事業所の派遣社員 | 7. その他 |
| 2. パート | 5. 契約社員 | |
| 3. アルバイト | 6. 嘱託 | |

「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 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5へ

↓ 1. ある と回答した方に伺います。

問4-1 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4-2 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5 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6 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なであったか、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、何が起ころうと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7 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7-1 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7-2 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7-3 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7-4 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8 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9へ

1. ある と回答した方に伺います。

問8－1 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 | 歯 | 24. 歯が痛い |
| | 2. 体がだるい | | 25. 歯ぐきのはれ・出血 |
| | 3. 眠れない | | 26. かみにくい |
| | 4. いらいらしやすい | 皮膚 | 27. 発疹
(じんま疹・できものなど) |
| | 5. もの忘れする | | 28. かゆみ(湿疹・水虫など) |
| | 6. 頭痛 | 筋骨格系 | 29. 肩こり |
| | 7. めまい | | 30. 腰痛 |
| 眼 | 8. 目のかすみ | | 31. 手足の関節が痛む |
| | 9. 物を見づらい | 手足 | 32. 手足の動きが悪い |
| 耳 | 10. 耳なりがする | | 33. 手足のしびれ |
| | 11. きこえにくい | | 34. 手足が冷える |
| 胸部 | 12. 動悸 | | 35. 足のむくみやだるさ |
| | 13. 息切れ | 尿路生殖器官系 | 36. 尿が出にくい・排尿時痛い |
| 14. 前胸部に痛みがある | 37. 頻尿(尿の出る回数が多い) | | |
| 呼吸器系 | 15. せきやたんが出る | | 38. 尿失禁(尿がもれる) |
| | 16. 鼻がつまる・鼻汁が出る | 39. 月経不順・月経痛 | |
| | 17. ゼイゼイする | 損傷 | 40. 骨折・ねんざ・脱きゅう |
| 消化器系 | 18. 胃のもたれ・むねやけ | | 41. 切り傷・やけどなどのけが |
| | 19. 下痢 | | 42. その他 |
| | 20. 便秘 | | |
| | 21. 食欲不振 | | |
| | 22. 腹痛・胃痛 | | |
| | 23. 痔による痛み・出血など | | |

最も気になる症状の

番号記入欄

番

問9 血友病・H I V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・H I V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8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10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9－1 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 | 23. 歯の病気 |
| | 2. 肥満症 | 皮膚 24. アトピー性皮膚炎 |
| | 3. 脂質異常症
（高コレステロール血症等） | 25. その他の皮膚の病気 |
| | 4. 甲状腺の病気 | 26. 痛風 |
| 精
神
・
神
経 | 5. うつ病やその他の
こころの病気 | 筋骨格系 27. 関節リウマチ |
| | 6. 認知症 | 28. 関節症 |
| | 7. パーキンソン病 | 29. 肩こり症 |
| | 8. その他の神経の病気
（神経痛・麻痺等） | 30. 腰痛症 |
| 循
環
器
系 | 9. 眼の病気 | 31. 骨粗しょう症 |
| | 10. 耳の病気 | 尿路生殖
器系 32. 腎臓の病気 |
| | 11. 高血圧症 | 33. 前立腺肥大症 |
| | 12. 脳卒中（脳出血、脳梗塞等） | 34. 閉経期又は閉経後障害
（更年期障害等） |
| 呼
吸
器
系 | 13. 狭心症・心筋梗塞 | 損傷 35. 骨折 |
| | 14. その他の循環器系の病気 | 36. 骨折以外のけが・やけど |
| | 15. 急性鼻咽頭炎（かぜ） | 37. 貧血・血液の病気 |
| | 16. アレルギー性鼻炎 | 38. 悪性新生物（がん） |
| 消
化
器
系 | 17. 慢性閉塞性肺疾患（COPD） | 39. 妊娠・産褥
（切迫流産、前置胎盤等） |
| | 18. 喘息 | 40. 不妊症 |
| | 19. その他の呼吸器系の病気 | 41. その他 |
| | 20. 胃・十二指腸の病気 | 42. 不明 |
| 消
化
器
系 | 21. 肝臓・胆のうの病気 | |
| | 22. その他の消化器系の病気 | |

最も気になる傷病の
番号記入欄

番

問 1 0 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。

A. 障害等を有しない、 または、何らかの障害等を 有するが、日常生活は ほぼ自立しており 独力で外出する	Aと 答えた方	1. 交通機関等（自家用車を含む） を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
B. 屋内での生活は おおむね自立しているが、 介助なしには外出しない	Bと 答えた方	3. 介助により外出し、日中は ほとんどベッドから離れて 生活する 4. 外出の頻度が少なく、 日中も寝たり起きたりの 生活をしている
C. 屋内での生活は何らかの 介助を要し、日中も ベッド上での生活が 主体であるが、 座位を保つ	Cと 答えた方	5. 車いすに移乗し、食事、排泄は ベッドから離れて行う 6. 介助により車いすに移乗する
D. 1日中ベッド上で過ごし、 排泄、食事、着替に おいて介助を要する	Dと 答えた方	7. 自力で寝返りをうつ 8. 自力では寝返りもうてない

問 1 0－1 あなたの生活において、介助はどなたからうけていますか。
 あなたを介助することが最も多い方について、**あてはまる番号 1 つ**
 に○をつけてください。（介助を受けていない場合は、「8. 介助
 を受けていない」の番号に○をつけてください）。

1. 配偶者	4. 父母	6. 事業者（ホームヘルパー等）
2. 子	5. その他の親族	7. その他 （ボランティア、近所の人など）
3. 子の配偶者		8. 介助を受けていない

問 1 1 あなたは週に何日くらいお酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲みますか。あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

1. 毎日	6. ほとんど飲まない
2. 週 5 ～ 6 日	7. やめた
3. 週 3 ～ 4 日	8. 飲まない（飲めない）
4. 週 1 ～ 2 日	
5. 月 1 ～ 3 日	

1 ～ 5 と回答した方に伺います。

6 ～ 8 と回答した方
問 1 2 へ

問 1 1 - 1 お酒を飲む日は 1 日あたり、どのくらいの量を飲みますか。
清酒に換算し、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

1. 1 合（1 8 0 ml）未満	4. 3 合以上 4 合（7 2 0 ml）未満
2. 1 合以上 2 合（3 6 0 ml）未満	5. 4 合以上 5 合（9 0 0 ml）未満
3. 2 合以上 3 合（5 4 0 ml）未満	6. 5 合（9 0 0 ml）以上

※清酒 1 合（アルコール度数 15 度・180ml）は、次の量にほぼ相当

ビール中瓶 1 本（同 5 度・500ml）、焼酎 0.6 合（同 25 度・約 110ml）

ワイン 1/4 本（同 14 度・約 180ml）、ウイスキーダブル 1 杯（同 43 度・60ml）

缶チューハイ 1.5 缶（同 5 度・約 520ml）

問 1 2 あなたはたばこを吸いますか。
あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

1. 毎日吸っている	1 ～ 2 と回答した方に伺います。
2. 時々吸う日がある	
3. 以前は吸っていたが 1 か月以上吸っていない	
4. 吸わない	

1 日に平均して
何本くらい
吸いますか。

1. 1 0 本以下
2. 1 1 ～ 2 0 本
3. 2 1 ～ 3 0 本
4. 3 1 本以上

問 1 3 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 1 4 へ
(1 2 ページ)

1. ある と回答した方に伺います。

問 1 3 - 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

9. 収入・家計・借金等

(公害、安全及び交通事情を含む)

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 | 9. 医療機関の医療ソーシャル
ワーカーに相談している |
| 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 | 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 |
| 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 | 11. テレビ、ラジオ、新聞等の
相談コーナーを利用している |
| 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 | 12. 1～11以外で相談している
（職場の相談窓口等） |
| 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 | 13. 相談したいが誰にも
相談できないでいる |
| 7. 医療機関の医師に相談している | 14. 相談したいがどこで
相談したら良いかわからない |
| 8. 医療機関の看護師に相談している | 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 1 4 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。 <table border="1"><tr><td colspan="2">等級</td></tr><tr><td>ア. 1 級</td><td>エ. 4 級</td></tr><tr><td>イ. 2 級</td><td>オ. 5 級</td></tr><tr><td>ウ. 3 級</td><td>カ. 6 級</td></tr></table> <table border="1"><tr><td colspan="2">種別</td></tr><tr><td colspan="2">ア. 肢体不自由</td></tr><tr><td colspan="2">イ. 免疫機能障害</td></tr><tr><td colspan="2">ウ. その他</td></tr></table>	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	
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 1 4 - 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。 <table border="1"><tr><td> 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 </td></tr></table>	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																
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 1 5 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。 <table border="1"><tr><td colspan="2">区分</td></tr><tr><td>ア. 区分 1</td><td>エ. 区分 4</td></tr><tr><td>イ. 区分 2</td><td>オ. 区分 5</td></tr><tr><td>ウ. 区分 3</td><td>カ. 区分 6</td></tr></table>	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
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 1 6 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 1 7 へ

1. 利用している と回答した方に伺います。

問 1 6 - 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 1 7 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 1 9 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 2 0 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、公的年金や各自治体による障害者手当など、および、本事業による健康管理費用やC型肝炎の調査研究事業の謝金など、あなた（本事業対象者）が受け取っている金額の全てを含めてください。

- | | |
|----------------|-----------------|
| 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 2 0 - 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。