

<p>⑤ 日常生活の状態についてお尋ねします。</p>	<p><input type="checkbox"/> 健康</p> <p><input type="checkbox"/> 起き上がれないほどではないが弱い</p> <p><input type="checkbox"/> 時々、起き上がれない</p> <p><input type="checkbox"/> 常に起き上がれない</p>
<p>⑥ 日常生活での介護の必要度についてお尋ねします。</p>	<p><input type="checkbox"/> 極めて介護の必要がある</p> <p><input type="checkbox"/> かなり介護の必要がある</p> <p><input type="checkbox"/> ほとんど介護の必要がない→</p> <p><input type="checkbox"/> 全く介護の必要がない → 質問は以上です。</p>
<p>⑦ 介護保険法による市町村の認定を受けていますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 受けている</p> <p><input type="checkbox"/> 要支援</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護 → 区分(1~5):</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 受けていない</p>
<p>⑧ 日常生活で福祉用具を使用していますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 使用している</p> <p>福祉用具の名称:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 使用していない</p>
<p>⑨ 現在、介護サービスを受けていますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 受けている</p> <p><input type="checkbox"/> 動作の全てについて <input type="checkbox"/> 動作の一部について</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 受ける予定がある</p> <p><input type="checkbox"/> 動作の全てについて <input type="checkbox"/> 動作の一部について</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 受けていない → 質問は以上です。</p>
<p>⑩ どのような部分について介護サービスを受けていますか。 また、受ける予定ですか。 (該当するもの全てに✓をつけてください)</p>	<p><input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 着脱衣</p> <p><input type="checkbox"/> 家事 (炊事・洗濯・掃除など)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (</p>
<p>⑪ 現在、受けている(受ける予定の)介護の内容について、具体的にどのようなものですか。</p>	<p>内容:</p> <hr/> <p>頻度:</p> <hr/> <p>実施団体名等:</p>