
こんにちは

あなたやあなたの家族のためのケア計画を準備
しています。そのために、いくつかの質問にお
答えください。

Japanese

Hello.

There are some questions I need to ask to help plan care for you or your family member.

各質問は書き出してあります。基本的に質問の答えは選択肢からお選びください。

あなたのためのケア計画を立てられるように、選択肢の中から答えを指すか、または書き込んでください。質問の内容が分からない、あるいは回答のしかたが分からない場合は、「分からない」を指し示してください。

Japanese

I have each question written for you. We will give you answer choices for most questions. Please point to the answer or write an answer so we can start to plan your care. If you are not sure about a question or how to answer the question, please point to “Not sure” on the sheet.

お名前はわかりますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Can you tell me your name?

No Not sure Yes

この紙にお名前を書いていただけますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Can you write your name on this paper for me?

No Not sure Yes

ここには一人で来ましたか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Did you come here alone?

No Not sure Yes

家族または友人の同伴者がいますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have other family member or friends with you?

No Not sure Yes

同伴者がおられる場合は、その方（方々）の名前と年齢を口頭でお答えいただくか、お書きください。

いいえ 分からない はい



Japanese

If yes, can you tell me or write their names and ages?

No Not sure Yes

ご家族で妊娠されている方はいますか？

いいえ

不明

はい



Japanese

Are any of your family members pregnant?

No Not sure Yes

ご家族で入院をされた方はいいますか？

いいえ

不明

はい



Japanese

Has anyone in your family been hospitalized that you know of?

No Not sure Yes

ご家族でお亡くなりになった方はおられますか？

いいえ

不明

はい



Japanese

Is anyone in your family deceased that you know of?

No Not sure Yes

ケアが必要なのは、あなたですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Are you the person that needs help with care?

No Not sure Yes

そうでなければ、ケアが必要な方の名前を書いてください。

分からない

Japanese

If not, please write their name.

Not sure

あなたと同伴者の関係を教えてください？

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 親 | <input type="checkbox"/> パートナー |
| <input type="checkbox"/> 保護者 | <input type="checkbox"/> よその家族のメンバー |
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 友人または近所の人 |
| <input type="checkbox"/> 子ども | <input type="checkbox"/> 関係はない |
| <input type="checkbox"/> 兄弟または姉妹 | |

Japanese

How are you related to this person?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parent | <input type="checkbox"/> Partner |
| <input type="checkbox"/> Guardian | <input type="checkbox"/> Other family member |
| <input type="checkbox"/> Spouse | <input type="checkbox"/> Friend or Neighbor |
| <input type="checkbox"/> Child | <input type="checkbox"/> No relationship |
| <input type="checkbox"/> Brother or Sister | |

これから、ケアを必要とする方について質問します。
その方に代わってお答えいただく場合は、必ずその方
について回答してください。

たとえば、お子様のことを答えるとき、質問が「年齢」
についてであれば、あなたの年齢ではなく、ケアを
必要とするお子様の年齢を答えてください。

Japanese

The next questions are about the person who needs care. If you are giving answers for that person, please be sure the answers are about that person.

For example, if you are answering for your child and the question is “age”, you would give the age of your child needing care, not your age.

年齢

数字をお答えいただくか、書いてください。

分からない

Japanese

Age

Please tell me or write the number.

Not sure

あなたの人種は何ですか？

口頭で伝えるか、下記に当てはまる
ものがあれば選んでください。

不明

Japanese

What race are you? Please tell me or write it down.

No Not sure Yes

住所

住所を教えてください。住所の書かれたものを見せていただくか、または書いていただいても結構です。

分からない

Japanese

Address

Please tell me or show me something with the address, or write the address.

Not sure

現在、病気をしている、または健康問題が
ありますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have a medical or health concern right now?

No Not sure Yes

体調はどうですか？



0

良い



2



4



6



8



10

とても気分が悪い

分からない

Japanese

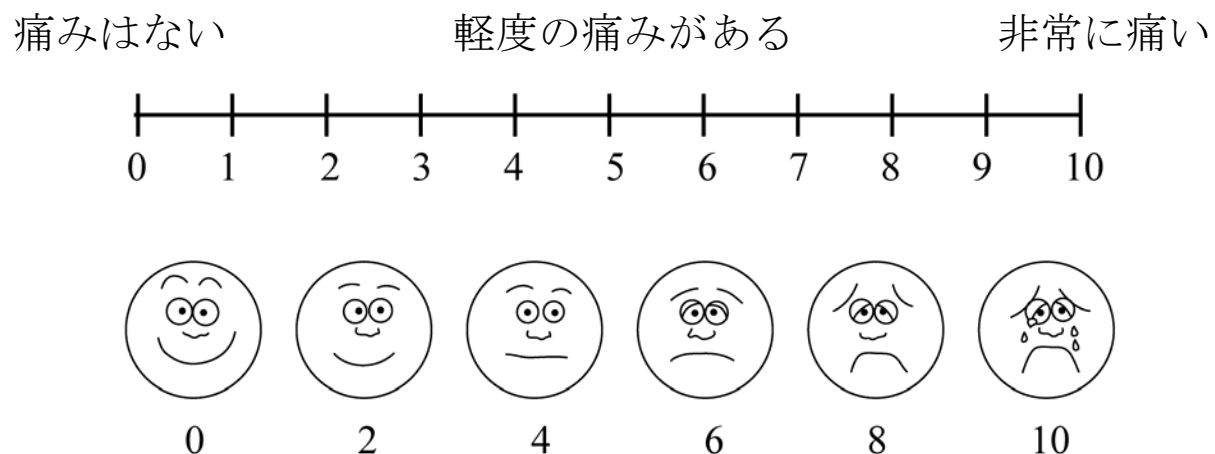
How are you feeling physically?

Fine

Very ill

Not Sure

今、どの程度痛みがありますか？



分からない

Japanese

How much pain are you in right now?

No Pain Moderate Pain Worst Pain

Not Sure

身体の痛みのある部分を指していただけますか？

いいえ 分からない はい



指した場所をお見せください。

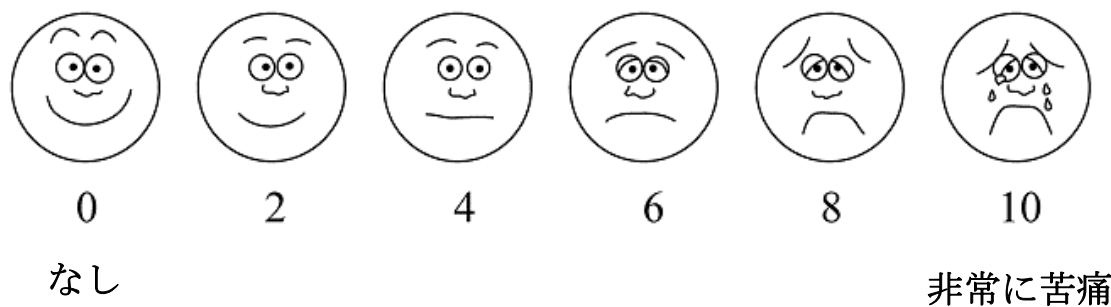
Japanese

Can you point to the part of the body where you have pain?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

悲しい気持ち、混乱、または怒りなど精神的苦痛をお持ちの人もおられます。現在、どの程度の精神的苦痛がありますか？



分からない

Japanese

Some people have mental distress such as sadness, confusion or anger. How much mental distress do you have right now?

None

Very much

Not Sure

現在、自分や他人に危害を加える恐れがありますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Are you in danger of hurting yourself or someone else right now?

No Not sure Yes

日常生活を送るために薬や機器類などを必要と
しますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need any medicine, equipment or other items for daily living?

No Not sure Yes

介護者が必要ですか？手助けしてくれる人は
いますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need a caregiver or do you have a personal assistant?

No Not sure Yes

プランニングのために介護者が同席していますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Is your caregiver here and planning to stay with you?

No Not sure Yes

介護者の名前

名前をお答えいただくか、書いてください。

分からない

Japanese

Your caregiver's name:
Please tell me or write the name.

Not Sure

介助動物がいますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have a service animal?

No Not sure Yes

介助動物は今、一緒にいますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Is the service animal with you?

No Not sure Yes

ご一緒にでない場合、今その介助動物はどこに
いますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

If no, do you know where the animal is?

No Not sure Yes

メディケアやメディケードからの保障や扶助
を受けていますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Are you receiving any Medicare or Medicaid benefits?

No Not sure Yes

保険証を今お持ちですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have your card with you?

No Not sure Yes

食物や薬、身の回りのもののアレルギーはありますか？

いいえ 分からない はい




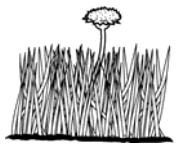

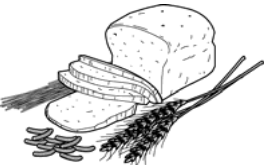


Japanese

Do you have any allergies to foods, medicine or things around you?

No Not sure Yes

一覧の中でアレルギーがあるものを教えてください。

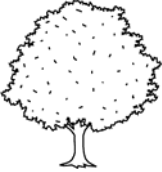
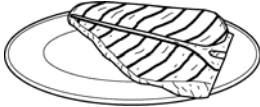

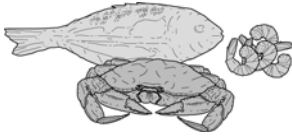
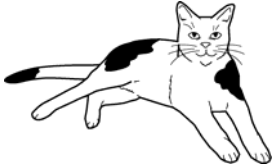

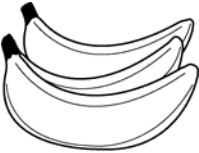
<input type="checkbox"/> カビ	<input type="checkbox"/> ナッツ類、ピーナッツバター 
<input type="checkbox"/> ラテックス 	<input type="checkbox"/> 牛乳 
<input type="checkbox"/> 植物 	<input type="checkbox"/> 卵 
<input type="checkbox"/> テープ類 	<input type="checkbox"/> 小麦、グルテン 

Japanese

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mold | <input type="checkbox"/> Nuts or peanut butter |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Milk |
| <input type="checkbox"/> Grass | <input type="checkbox"/> Eggs |
| <input type="checkbox"/> Tape | <input type="checkbox"/> Wheat or gluten |

一覧の中でアレルギーがあるものを教えてください。

<input type="checkbox"/> 花粉 	<input type="checkbox"/> 牛肉 
<input type="checkbox"/> ハウスダスト 	<input type="checkbox"/> 魚、甲殻類 
<input type="checkbox"/> 動物の毛 	<input type="checkbox"/> キノコ類 
<input type="checkbox"/> バナナ 	<input type="checkbox"/> この一覧以外のもの <input type="checkbox"/> 分からない

Japanese

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tree pollen | <input type="checkbox"/> Beef |
| <input type="checkbox"/> Dust | <input type="checkbox"/> Fish or shellfish |
| <input type="checkbox"/> Animal hair | <input type="checkbox"/> Mushrooms |
| <input type="checkbox"/> Bananas | <input type="checkbox"/> Other things not on this list |
| | <input type="checkbox"/> Not sure |

薬を服用している方は、薬の種類をお答えください。

- ペニシリン
- スルファニルアミド剤
- アスピリン
- ヨード
- この一覧以外の薬
- 分からない

Japanese

If medicine, what type?

- Penicillin
- Sulfa
- Aspirin
- Iodine
- Others not on this list
- Not Sure

医療用の身分証明書をお持ちですか？

いいえ 分からない はい



お持ちの場合は、お見せください。

Japanese

Do you have or wear any kind of medical identification?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

過去1ヶ月間で入院や外来受診などがありましたか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Have you been in the hospital or at a clinic or under the care of a doctor in the past month?

No Not sure Yes

入院された方または診察を受けられた方は、目的をお答えください。

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 健診 | <input type="checkbox"/> 消化器の疾患 |
| <input type="checkbox"/> 投薬 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 検査 | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 心臓の疾患 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> 分からない |

Japanese

If yes, what for?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Check up | <input type="checkbox"/> For stomach problems |
| <input type="checkbox"/> To get medicine | <input type="checkbox"/> For surgery |
| <input type="checkbox"/> For tests | <input type="checkbox"/> For high blood pressure |
| <input type="checkbox"/> For heart problems | <input type="checkbox"/> Other reason |
| <input type="checkbox"/> For pain | <input type="checkbox"/> Not Sure |

医療機関はどこでしたか？

- リバーサイド メソジスト病院
- グラント メディカル センター
- ドクターズ病院
- グラディ メモリアル病院
- ダブリン メソジスト病院
- マウント カルメル イースト病院
- マウント カルメル ウェスト病院

Japanese

Can you tell me which hospital or clinic?

- Riverside Methodist Hospital
- Grant Medical Center
- Doctors Hospital
- Grady Memorial Hospital
- Dublin Methodist Hospital
- Mount Carmel East
- Mount Carmel West

医療機関はどこでしたか？

- マウント カルメル セイント アンズ 病院
- マウント カルメル ニュー アルバニー
サージカル病院
- オハイオ州立大学病院
- オハイオ州立大学病院東
- オハイオ州立ジェイムズがん病院および州立
ソロブ 研究所
- オハイオ州立リチャード M. ロス心臓病院

Japanese

Can you tell me which hospital or clinic?

- Mount Carmel St. Ann's
- Mount Carmel New Albany Surgical Hospital
- Ohio State University Hospital
- Ohio State University Hospital East
- Ohio State's James Cancer Hospital and Solove Research Institute
- Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital

医療機関はどこでしたか？

- オハイオ州立ハーディング病院
- オハイオ州立大学プライム ケア ネット
- 米国内の子供病院
- 地域ケアセンター
- その他の医療機関
- 分からない

Japanese

Can you tell me which hospital or clinic?

- Ohio State's Harding Hospital
- Ohio State University Prime Care Network
- Nationwide Children's Hospital
- Neighborhood health center
- Other clinic or hospital
- Not sure

医師の名前をお答えください。

名前を口頭で教えていただくか、名刺など医師の名前が書かれたものをお見せください。

分からない

Japanese

Can you tell me the name of the doctor?

Please tell me the name, show me the name from a card, or write the name.

Not sure

特別な医療機器や医薬品、医療処置などが
必要な状態にありますか？

いいえ 分からない はい


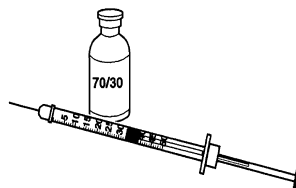
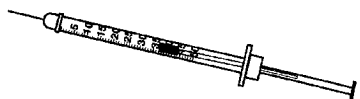

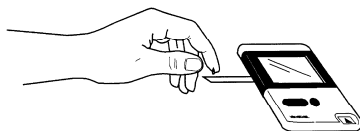
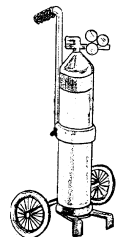
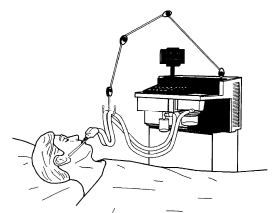




Japanese

Do you have a condition that requires any special medical equipment or supplies?

No Not sure Yes

必要な場合、使用しているものをお答えください。

<input type="checkbox"/> アレルギー用のエピネフリンペン 	<input type="checkbox"/> インスリン 	<input type="checkbox"/> 注射器 
<input type="checkbox"/> 噴霧器 	<input type="checkbox"/> 血糖測定器 	<input type="checkbox"/> 酸素 
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 	<input type="checkbox"/> CPAP 	<input type="checkbox"/> 包帯など外傷用の手当用品 

Japanese

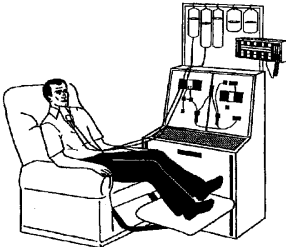
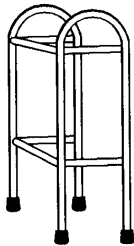
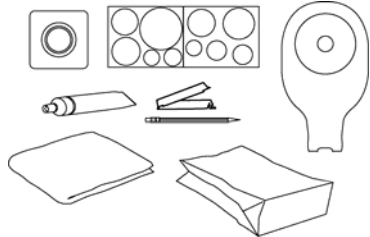

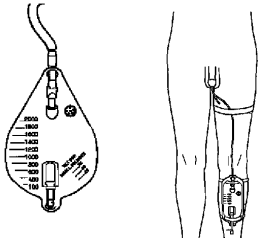
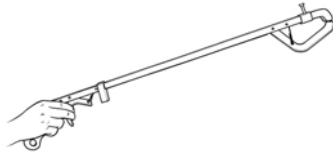
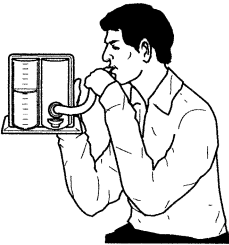
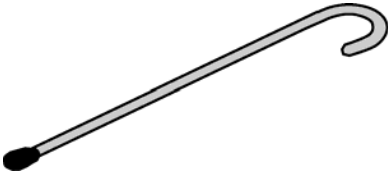

If yes, can you tell me what you use?

- Epinephrine pen for allergy
- Nebulizer
- Respirator

- Insulin
- Glucose meter
- CPAP

- Syringes
- Oxygen
- Dressings

必要な場合、使用しているものをお答えください。

<input type="checkbox"/> 透析 	<input type="checkbox"/> 歩行器 	<input type="checkbox"/> 人工肛門/膀胱用サプライ 
<input type="checkbox"/> 経管栄養投与 	<input type="checkbox"/> フォーリーカテーテル 	<input type="checkbox"/> マジックハンド 
<input type="checkbox"/> 肺活量計 	<input type="checkbox"/> 杖 	<input type="checkbox"/> 靴下エイド 

Japanese

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dialysis | <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Ostomy supplies |
| <input type="checkbox"/> Tube feedings | <input type="checkbox"/> Foley catheter | <input type="checkbox"/> Reacher |
| <input type="checkbox"/> Incentive spirometer | <input type="checkbox"/> Cane | <input type="checkbox"/> Sock aid |

必要な場合、使用しているものをお答えください。

<input type="checkbox"/> 副子 	<input type="checkbox"/> 尿瓶／便器 	<input type="checkbox"/> ギブス 
<input type="checkbox"/> 車椅子 	<input type="checkbox"/> 移動用ボード 	<input type="checkbox"/> 補高便座 
<input type="checkbox"/> 非経口的栄養法 	<input type="checkbox"/> 投薬用ポート／カテーテル 	<input type="checkbox"/> この一覧以外の用品 <input type="checkbox"/> 分からない

Japanese

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Splint | <input type="checkbox"/> Urinal or bed pan | <input type="checkbox"/> Brace |
| <input type="checkbox"/> Wheelchair | <input type="checkbox"/> Transfer board | <input type="checkbox"/> Raised toilet seat |
| <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition | <input type="checkbox"/> Port or catheter for medicines | <input type="checkbox"/> Other supplies not on this list |
| | | <input type="checkbox"/> Not sure |

これらの機器・用具類を携帯していましたか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Did you bring any of these supplies with you?

No Not sure Yes

毎日服用している薬はありますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you take any medicines every day?

No Not sure Yes

薬を今お持ちですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have your medicine with you?

No Not sure Yes

この薬を最後に服用したのはいつですか？

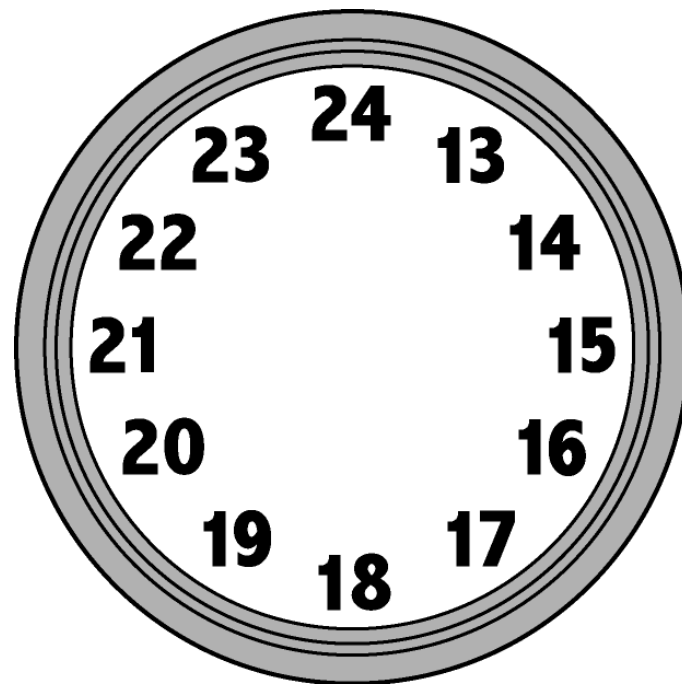
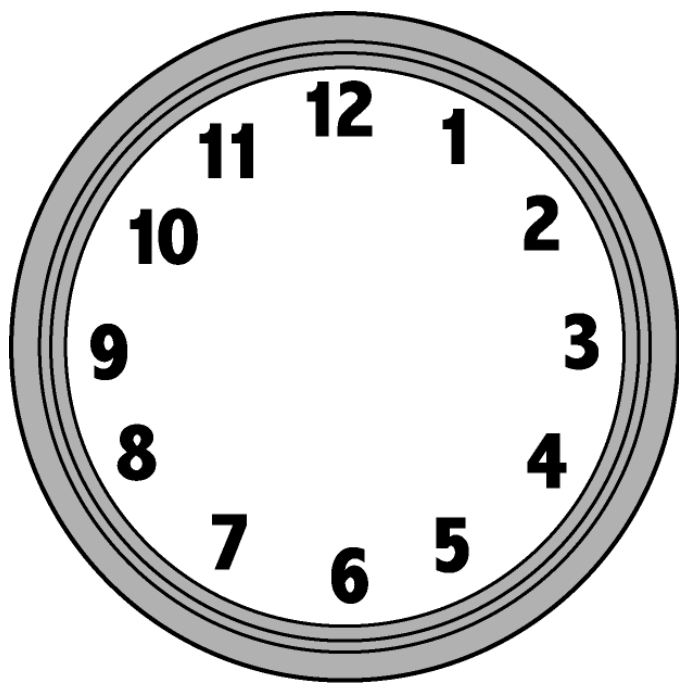
- 今日
- 昨日
- 2日以上前
- 1週間以上前
- 分からない

Japanese

When did you last take this medicine?

- Today
- Yesterday
- More than 2 days ago
- More than a week ago
- Not Sure

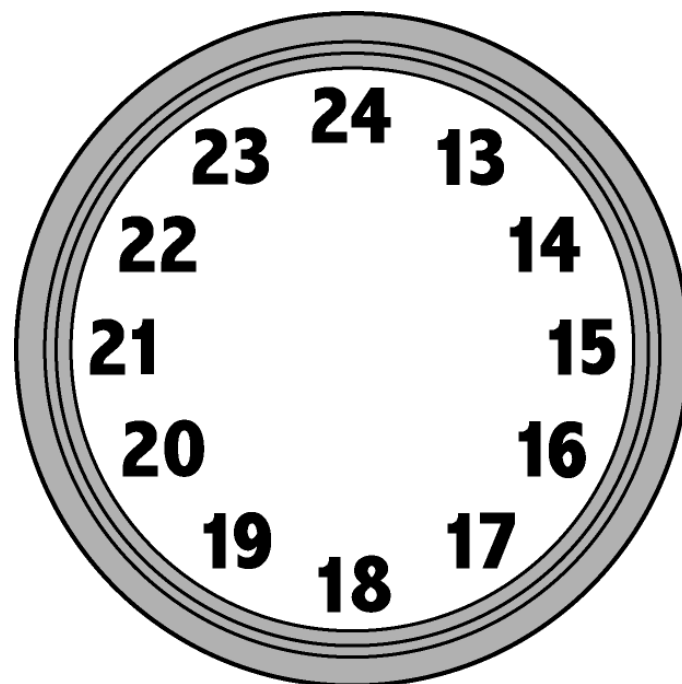
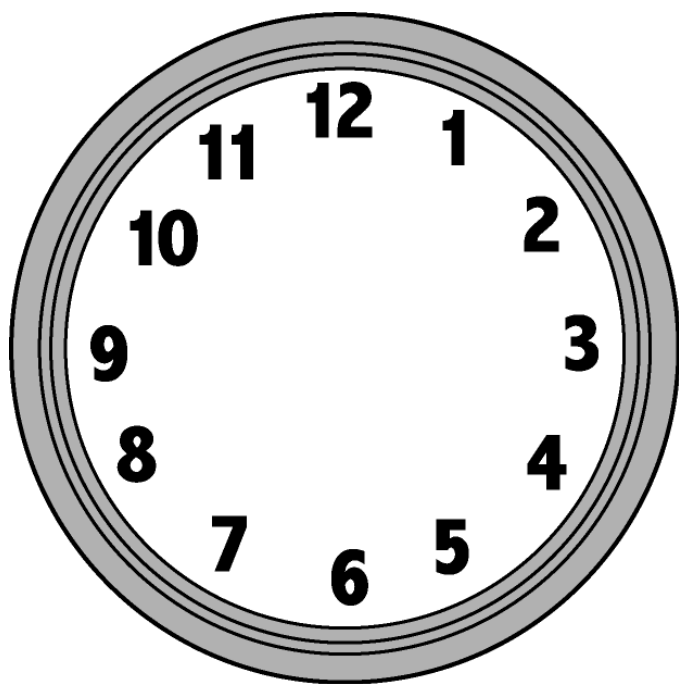
服用した時間はいつですか？



Japanese

What time did you take it?

同じ薬をまた服用する必要がありますか？



Japanese

When should you take your medicine again?

薬を入手した場所を教えてください（ドラッグストア、薬局、雑貨店、医療機関など）。

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you know the name of the place where you get your medicines (such as a drug store, pharmacy, grocery store or clinic)?

No Not sure Yes

服用している薬の名前をご存じですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you know the names of the medicines you take?

No Not sure Yes

薬の服用目的をご存じですか？

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓の疾患 | <input type="checkbox"/> 血液の抗凝結 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> コレステロール低減 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> ストレスのコントロール |
| <input type="checkbox"/> 腎臓の疾患 | <input type="checkbox"/> 睡眠改善 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓の疾患 | <input type="checkbox"/> ガン |

Japanese

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heart problems | <input type="checkbox"/> To thin my blood |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure | <input type="checkbox"/> To lower cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> To control my stress |
| <input type="checkbox"/> Kidney problems | <input type="checkbox"/> To help me sleep |
| <input type="checkbox"/> Liver problems | <input type="checkbox"/> Cancer |

薬の服用目的をご存じですか？

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛みのコントロール | <input type="checkbox"/> HIV (エイズ) |
| <input type="checkbox"/> 関節炎 | <input type="checkbox"/> 貧血 |
| <input type="checkbox"/> 循環改善 | <input type="checkbox"/> 目の疾患 |
| <input type="checkbox"/> アレルギー | <input type="checkbox"/> 呼吸器の疾患 |
| <input type="checkbox"/> 感染症の治療 | <input type="checkbox"/> 皮膚の疾患 |

Japanese

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pain control | <input type="checkbox"/> HIV or AIDS |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> To help my circulation | <input type="checkbox"/> Eye problems |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Breathing problems |
| <input type="checkbox"/> To treat an infection | <input type="checkbox"/> Skin problems |

薬の服用目的をご存じですか？

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> もの忘れ | <input type="checkbox"/> マラリア |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺の疾患 | <input type="checkbox"/> 筋痙攣 |
| <input type="checkbox"/> 体液排出 | <input type="checkbox"/> この一覧以外の理由 |
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 分からない |

Japanese

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> To help my memory | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Thyroid problems | <input type="checkbox"/> Muscle spasms |
| <input type="checkbox"/> To help me get rid of fluid | <input type="checkbox"/> Other reasons not on this list |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Not sure |

聴力に問題はありませんか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have any problems with your hearing?

No Not sure Yes

補聴器をご使用ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you use a hearing aid?

No Not sure Yes

補聴器を今お持ちですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have your hearing aid with you?

No Not sure Yes

補聴器は正しく機能していますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Is your hearing aid working?

No Not sure Yes

電池は必要ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need a battery?

No Not sure Yes

手話通訳者は必要ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need a sign language interpreter?

No Not sure Yes

コミュニケーションをとるときに最も有効な方法はどれですか？

- 手話
- 口話
- コンピュータ端末の使用
- 筆談
- コミュニケーションボードの使用
- 分からない

Japanese

How do you best communicate with others?

- Sign language
- Lip read
- Use a TTY
- Write notes
- Use communication board
- Not Sure

処方された眼鏡をお持ちですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you wear prescription eye glasses?

No Not sure Yes

その眼鏡を今お持ちですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have your glasses with you or with your belongings?

No Not sure Yes

眼鏡を使用しても視力に問題がありますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have problems seeing, even with your glasses?

No Not sure Yes

白杖をご使用ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you use a white cane?

No Not sure Yes

白杖を今お持ちですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have your white cane with you?

No Not sure Yes

白杖を使用しても外出時に介助が必要ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need help getting around, even with your white cane?

No Not sure Yes

動き回る際に介助が必要ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need help moving around?

No Not sure Yes

ベッドへの出入りに介助が必要ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need help getting in or out of bed?

No Not sure Yes

着替えの際に介助が必要ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need help getting dressed?

No Not sure Yes

トイレの際に介助が必要ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need help using the bathroom?

No Not sure Yes

入浴の際に介助が必要ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need help bathing?

No Not sure Yes

飲食に介助が必要ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need help eating?

No Not sure Yes

食事を細かく切ってもらう必要はありますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you need help cutting up your food?

No Not sure Yes

これらの日常動作で介助してくれる家族、
友人、介護者などがいますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have a family member, friend or caregiver with you to help you with these activities?

No Not sure Yes

義歯をご使用ですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have false teeth or dentures?

No Not sure Yes

義歯を今お持ちですか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Do you have your false teeth with you?

No Not sure Yes

食事制限がありますか？

いいえ 分からない はい



Japanese

Are you on any special diet?

No Not sure Yes

どのような食事制限ですか？

- 糖尿病食
- 減塩
- 腎臓病食
- グルテン除去食
- ベジタリアン
- ユダヤ教の戒律

Japanese

What type of special diet?

- Diabetes
- Low salt
- Renal diet
- Gluten free diet
- Vegetarian
- Kosher

どのような食事制限ですか？

- 柔らかい食べ物
- 嚥下障害食
- 感染防止のための食事
- この一覧以外の食事制限
- 分からない

Japanese

What type of special diet?

- Soft foods
- Diet for problems with swallowing
- Diet to protect me from infection
- Other type not on this list
- Not sure

連絡がとれる電話番号をお書きください。

Japanese

Telephone number where you can be reached?

他にも連絡可能な電話番号があれば、お書きください。

Japanese

Another telephone number, if you have one.

メールアドレスをお持ちの場合は、お書きください。

Japanese

Email address, if you have one.

生年月日

Japanese

Date of birth