

お子さまの健康状態についてのアンケート（CHAQ日本語版・改変版）

以下の質問では、お子さまの病気によって日常生活にどのような影響があるかを調査します。それぞれの質問について、**過去1週間**のお子さまの状態を最もよく表している答え1つにチェックをしてください。なお、このアンケートでは、病気による困難または制限のみを記入してください。あなたのお子さまの年齢ではまだ出来ないと思われる質問については、「該当しない」を選択してください。たとえば、**お子さまが病気による制限ではなく、年齢が低いために特定の行動を行うのが困難だったり、その行動を行えなかったりする場合には、「該当しない」を選択します。**

		何の困難 もない	いくらか 困難である	かなり困難 である	できない	該当 しない
① 衣服の着脱と身支度(Dressing)						
お子さまは、どの程度以下の動作を行うことができますか？						
1	- ボタン掛けを含め、肌着、上着類および靴の着脱が できますか？	<input type="checkbox"/>				
2	- 自分で洗髪できますか？	<input type="checkbox"/>				
3	- 靴下をはくことができますか？	<input type="checkbox"/>				
4	- 爪を切ることができますか？	<input type="checkbox"/>				
② 起立 (Arising)						
お子さまは、どの程度以下の動作を行うことができますか？						
5	- 低い椅子または床から立ち上がれますか？	<input type="checkbox"/>				
6	- 就寝、起床の動作ができますか？ またはベビーベッドの 中で立ち上がれますか？	<input type="checkbox"/>				
③ 食事 (Eating)						
お子さまは、どの程度以下の動作を行うことができますか？						
7	- フォーク、スプーンまたは箸を使って食事ができます か？	<input type="checkbox"/>				
8	- 茶碗やコップを口元まで運べますか？	<input type="checkbox"/>				
9	- 新しいお菓子の箱が開けられますか？	<input type="checkbox"/>				
④ 歩行 (Walking)						
お子さまは、どの程度以下の動作を行うことができますか？						
10	- 平坦なところを歩けますか？	<input type="checkbox"/>				
11	- 階段を5段上れますか？	<input type="checkbox"/>				

* 上記の①～④の動作の手助けとなるような器具や自助具をお子さまが日常的に使っていたら、
あてはまるものにいくつでも✓をつけてください。

- | | | | |
|--------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| - ステッキ | <input type="checkbox"/> | - 身支度に使う器具（ボタン通し、ジッパーにかけるひもなど） | <input type="checkbox"/> |
| - 歩行器 | <input type="checkbox"/> | - 特別な容器、自助具 | <input type="checkbox"/> |
| - 松葉杖 | <input type="checkbox"/> | - 特殊ないす | <input type="checkbox"/> |
| - 車いす | <input type="checkbox"/> | | |

* 病気のため、お子さまが上記の①～④の動作をするのに他人の手助けが必要であれば、
あてはまるものにいくつでも✓をつけてください。

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| - 更衣、整容（歯磨き、整髪、手を洗って拭く、顔を
洗って拭く、など） | <input type="checkbox"/> | - 食事（摂食）（食器を用いて食事を口に運び、食事
を咀嚼し、飲み込むまでの動作） | <input type="checkbox"/> |
| - 起床動作 | <input type="checkbox"/> | - 歩行 | <input type="checkbox"/> |

	何の困難 もない	いくらか 困難で ある	かなり 困難で ある	できない	該当 しない
⑤ 衛生(Hygiene)					
お子さまは、どの程度以下を行うことができますか？					
12	<input type="checkbox"/>				
- 体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？					
14	<input type="checkbox"/>				
- 入浴時、浴槽（45cm以下）の出入りができますか？					
14	<input type="checkbox"/>				
- トイレまたは幼児用便器に座ったり立ったりできますか？					
15	<input type="checkbox"/>				
- 歯を磨けますか？					
16	<input type="checkbox"/>				
- 髪をとくことができますか？					

	何の困難 もない	いくらか 困難で ある	かなり 困難で ある	できない	該当 しない
⑥ とどく範囲(Reach)					
お子さまは、どの程度以下の動作を行うことができますか？					
17	<input type="checkbox"/>				
- 自分の頭より高いところにある重いもの（大きなゲーム、本など）に手を伸ばし、下におろせますか？					
18	<input type="checkbox"/>				
- 腰を曲げ、床にある衣類または紙切れを拾い上げられますか？					
19	<input type="checkbox"/>				
- セーター、T-シャツなどのかぶりものの上着を頭からかぶることができますか？					
20	<input type="checkbox"/>				
- 首をまわし、肩越しに後ろを見ることができますか？					

	何の困難 もない	いくらか 困難で ある	かなり 困難で ある	できない	該当 しない
⑦ 握力(Grip)					
お子さまは、どの程度以下の動作を行うことができますか？					
21	<input type="checkbox"/>				
- ペンや鉛筆で字や絵を書いたり、落書きをしたりできますか？					
22	<input type="checkbox"/>				
- 自動車のドアを開けられますか？					
23	<input type="checkbox"/>				
- 既に封の切ったある広口の瓶（例：ジャムの瓶）の蓋やペットボトルを開けられますか？					
24	<input type="checkbox"/>				
- 捻って開閉するタイプの蛇口の開閉ができますか？					
25	<input type="checkbox"/>				
- ドアのノブを回してドアを開けることができますか？					

	何の困難 もない	いくらか 困難で ある	かなり 困難で ある	できない	該当 しない
⑧ 活動 (Activities)					
お子さまは、どの程度以下の動作を行うことができますか？					
26	<input type="checkbox"/>				
- おつかいに行ってまたは親と一緒に買い物ができますか？					
27	<input type="checkbox"/>				
- 自動車、おもちゃの車、またはバスの乗り降りができますか？					
28	<input type="checkbox"/>				
- 自転車または三輪車をこげますか？					
29	<input type="checkbox"/>				
- 家事（皿洗い、ゴミ出し、掃除機かけ、庭仕事、ベッドメイク、部屋の掃除など）ができますか？					
30	<input type="checkbox"/>				
- 走ったり遊んだりできますか？					

* 上記の⑤～⑧の動作の手助けとなるような器具や自助具をお子さまが日常的に使っていたら、あてはまるものにいくつでも✓をつけてください。

- 便座を高くした	<input type="checkbox"/>	- 浴槽の手すり	<input type="checkbox"/>
- 浴槽のいす	<input type="checkbox"/>	- 孫の手状の継ぎ手(マジックハンド)	<input type="checkbox"/>
- ビンの口を開ける器具	<input type="checkbox"/>	- トイレ内の手すり	<input type="checkbox"/>

* 病気のため、お子さまが上記の⑤～⑧の動作他人の手助けが必要であれば、あてはまるものにいくつでも✓をつけてください。

- 衛生	<input type="checkbox"/>	- 握力	<input type="checkbox"/>
- とどく範囲	<input type="checkbox"/>	- 活動	<input type="checkbox"/>

痛み：お子さまが病気による痛みの影響を受けているかどうかについてもお伺いさせていただきます。

過去1週間にお子さまの病気による痛みがどのくらいあったと思われますか？

痛みの程度を下記のラインに/で記してください。

全く痛みがない 0 |-----| 100 非常に激しい痛み

総合評価：関節炎の影響をすべて考慮した上で、現在のお子さまの病気の状態はいかがですか？

現在の状態を下記のラインに/で記してください。

非常に良い 0 |-----| 100 非常に悪い