

Medical Index of Folkmore

氏名	施設名	評価年月日（採血日）

各インデックスの該当する項目（2つか3つの選択肢）に☑をいれて、その項目の点数（0、0.5、1など）を「選択項目の点数」にご記入ください。

インデックス	☑	点数	☑	点数	☑	点数	実測値	選択項目の点数	
1 血清( Alb. )	<input type="checkbox"/> $\geq 3.8$	0	<input type="checkbox"/> $< 3.8$	1	<input type="checkbox"/>				
2 血色素( Hb. )	<input type="checkbox"/> $11 \leq Hb < 16$	0	<input type="checkbox"/> $< 11$ もしくは $\geq 16$	1	<input type="checkbox"/>				
3 eGFR	<input type="checkbox"/> $\geq 60$	0	<input type="checkbox"/> $30 \leq eGFR < 60$	0.5	<input type="checkbox"/> $< 30$	1			
4 肝疾患	<input type="checkbox"/> なし	0	<input type="checkbox"/> あり	1	<input type="checkbox"/>				
5 虚血性心疾患・弁膜症	<input type="checkbox"/> なし	0	<input type="checkbox"/> あり（心不全なし）	0.5	<input type="checkbox"/> あり（心不全あり）	1			
6 心房細動	<input type="checkbox"/> なし	0	<input type="checkbox"/> あり	1	<input type="checkbox"/>				
7 椎体骨折・大腿骨骨折	<input type="checkbox"/> なし	0	<input type="checkbox"/> あり	1	<input type="checkbox"/>				
8 末梢の浮腫	<input type="checkbox"/> なし	0	<input type="checkbox"/> 軽度	0.5	<input type="checkbox"/> 中等度以上	1			
9 精神・神経・筋疾患	<input type="checkbox"/> なし	0	<input type="checkbox"/> あり	1	<input type="checkbox"/>				
10 脳卒中	<input type="checkbox"/> 既往なし	0	<input type="checkbox"/> 麻痺の残存しない脳卒中あり	0.5	<input type="checkbox"/> 麻痺の残存する脳卒中あり	1			
11 糖尿病	<input type="checkbox"/> 投薬なし	0	<input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 服薬中	0.5	<input type="checkbox"/> インスリン投与中	1			
12 糖尿病コントロール（HbA1c）	<input type="checkbox"/> $< 7.0$	0	<input type="checkbox"/> $7.0 \leq HbA1c < 8.4$	0.5	<input type="checkbox"/> $\geq 8.5$	1			
13 血管疾患	<input type="checkbox"/> なし	0	<input type="checkbox"/> あり	1	<input type="checkbox"/>				
14 慢性肺疾患（酸素の使用）	<input type="checkbox"/> なし	0	<input type="checkbox"/> あり	1	<input type="checkbox"/>				
15 握力（kg）	<input type="checkbox"/> 男性 $\geq 28$ 女性 $\geq 18$	0	<input type="checkbox"/> 男性 $28 <$ 女性 $18 <$	1	<input type="checkbox"/>				
16 下腿周囲長（cm）	<input type="checkbox"/> 男性 $\geq 34$ 女性 $\geq 33$	0	<input type="checkbox"/> 男性 $34 <$ 女性 $33 <$	1	<input type="checkbox"/>				
17 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 既往なし	0	<input type="checkbox"/> 治療終了後	0.5	<input type="checkbox"/> 治療中	1			
18 高齢者うつの質問	<input type="checkbox"/> 0-0.2		<input type="checkbox"/> 0.4-0.6		<input type="checkbox"/> 0.8-1.0				
19 薬剤数	<input type="checkbox"/> 5剤以下	0	<input type="checkbox"/> 6-9剤（0.5）	0.5	<input type="checkbox"/> 10剤以上	1			
20 健康の自己評価（10点満点）	1 - 点数 $\times$ 0.1						1		
選択項目の合計点数									

高齢者うつの質問

毎日の生活に満足していますか → いいえ 0.2

毎日が退屈だとおもうことが多いですか → はい 0.2

自分は無力だと思う事が多いですか → はい 0.2

今きていることはすばらしいとおもいますか → いいえ 0.2

周りの人があなたより幸せそうに見えますか → はい 0.2