

基本チェックリスト

令和 年 月 日

氏 名

No.	質 問 項 目	回 答 (いずれかに○を お付け下さい)		判 定		
1	バスを利用したり、自家用車を運転して1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	/5	10/20以上	
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ			
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ			
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ			
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	/5		
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ			
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ			
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ			3/5以上
10	転ぶことへの不安はありますか	1.はい	0.いいえ			
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	/2		
12	身長 c m 体重 kg (BMI=)(注)			2/2		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ	/3		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ			
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ			2/3以上
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	/2		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ	No.16該当		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」など物忘れがあると言われるですか	1.はい	0.いいえ	/3		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ			
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ			1/3以上
21	(ここ2週間)毎日の生活が充実していると感じますか	0.はい	1.いいえ	/5		
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていた事が、楽しめなくなったと感じますか	1.はい	0.いいえ			
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていた事が、今はおっくうに感じますか	1.はい	0.いいえ			
24	(ここ2週間)家族や地域の中で自分の役割がありますか	0.はい	1.いいえ			2/5以上
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがしますか	1.はい	0.いいえ			

(注) BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。