

基本チェックリスト

質問項目			回答					
			いずれかに○をお付けください					
			初回チェック日		6 か月後			
			年	月	日	年	月	日
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	0. はい	1. いいえ		
	2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	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	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	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	0. はい	1. いいえ		
運動機能	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	0. はい	1. いいえ		
	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	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	0. はい	1. いいえ		
	9	この1年間で転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ		
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ		
栄養	11	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ		
	12	体格指数 BMI は 18.5 未満ですか※	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ		

※ BMI の求め方：BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

例▶身長 160cm 体重 40kg の場合／40 (kg) ÷ 1.6 (m) ÷ 1.6 (m) = 15.6 / 回答 1. はい

質問項目			回答				
			いずれかに○をお付けください				
			初回チェック日		6 か月後		
		年	月	日	年	月	日
口腔機能	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	1. はい	0. いいえ	
	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	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	1. はい	0. いいえ	
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	0. はい	1. いいえ	
	17	昨年に比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ	
認知機能	18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ	
	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	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. はい	0. いいえ	
うつ傾向	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ	
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ	
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ	
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ	
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ	