

基本チェックリスト

実施日：平成 年 月 日 ()

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
名 前		性 別	男 ・ 女
住 所		電話番号	

項目	No.	基本チェックリスト(質問項目)	回答(どちらかに○)		判定	
生活機能全般	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	★ いいえ	No.1~20	
	2	日用品の買物をしていますか	はい	★ いいえ		
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	★ いいえ		
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	★ いいえ		
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	★ いいえ		
運動器	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	★ いいえ		★の数 個 3個以上
	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	はい	★ いいえ		
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	★ いいえ		
	9	この1年間に転んだことがありますか	★ はい	いいえ		
	10	転倒に対する不安は大きいですか	★ はい	いいえ		
栄養	11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	★ はい	いいえ		★の数 個 2個
	12	BMIが18.5未満ですか 【BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)】 ※例：身長150cmの方は、1.5mで計算します。	★ はい	いいえ		
口腔	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	★ はい	いいえ		★の数 個 2個以上
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	★ はい	いいえ		
	15	口の渇きが気になりますか	★ はい	いいえ		
閉じこもり	16	週に1回以上は、外出していますか	はい	★ いいえ		★の数 個 1個
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	★ はい	いいえ		
もの忘れ	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	★ はい	いいえ		★の数 個 1個以上
	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	はい	★ いいえ		
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	★ はい	いいえ		
気分の状態	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	★ はい	いいえ	★の数 個 2個以上	
	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	★ はい	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	★ はい	いいえ		
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	★ はい	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	★ はい	いいえ		

