

基本チェックリスト

氏名

様

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)	点数	特定 高齢者 判定
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	/5
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい		
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい		

運動器関係

6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	5点で 該当	/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		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ		

栄養関係

11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	2点で 該当	/2
12	身長()cm、体重()kg ⇒ BMI=()	※(注)参照			

口腔機能関係

13	半年前に比べて固いものが食べにくになりましたか	1.はい	0.いいえ	3点で 該当	/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	口の渴きが気になりますか	1.はい	0.いいえ		

閉じこもり関係

16	週に1日以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	「16」が 「いいえ」で 該当	/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		

物忘れ関係

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言われますか	1.はい	0.いいえ	1点～ 該当	/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		

(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。

小計 /20 12点～
該当

うつ関係					
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	2点～ 該当	/5
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった	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		
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		
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		

(すべて答えたかどうか、もう一度ご確認ください。)

合計	/25	
----	-----	--