

基本チェックリスト

実施日 令和 年 月 日
氏名 ()

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をしてください。)	
		0. はい	1. いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか（自分で運転する場合も含みます）	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか（自ら外出し、日用品を購入していれば「はい」、電話等の注文のみで済ませている場合は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか（家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか（電話による交流や家族・親戚の家への訪問は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか （電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。）	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（時々手すり等を使用している程度であれば「はい」、習慣的に使用している場合は「いいえ」とします。）	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 （時々つかまっている程度であれば「はい」とします。）	0. はい	1. いいえ
8	15分くらい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 （自分の健康状態や体力から転びやすいと感じる方は「はい」とします。）	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか （6か月以上かかって減少している場合は「いいえ」とします。）	1. はい	0. いいえ
12	身長（ cm） 体重（ kg） ※体重は1ヶ月以内の値（BMI ）	1. 18.5未満	0. 18.5以上
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化がない場合は「いいえ」とします。）	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
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか（週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均してください。）	0. はい	1. いいえ
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
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（本人が物忘れがあると思っても周りの人から指摘されない場合は「いいえ」とします。）	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（誰かに電話番号を尋ねてかけたり、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合は「いいえ」とします。）	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 （月と日の一方しかわからない場合は「はい」とします。）	1. はい	0. いいえ
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
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
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

※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)