

基本チェックリスト

NO	質問事項	回答		判定
		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 (自分で車を運転して外出する場合も「はい」)	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	
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	運動機能 3/5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	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	<u>この1年間に</u> 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	
11	<u>6ヶ月間で</u> 2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	栄養状態
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(注)	1. 該当	0. 非該当	2/2以上
13	<u>半年前に比べて</u> 固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	口腔機能 2/3以上
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	0. はい	1. いいえ	閉じこもり
17	<u>昨年と比べて</u> 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	<u>周りの人から</u> 「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ	もの忘れ 1/3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	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	
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	心の健康 2/5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	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	

(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