

## 基本チェックリスト

質問項目	回答			
	※ いずれかに○をつけて下さい。			
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	虚弱	20項目のうち 10項目以上 に該当
2. 日用品の買物をしていますか。	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	5項目のうち 3項目以上 に該当
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	栄養	2項目とも 該当
10. 転倒に対する不安は大きいですか。	1 はい	0 いいえ		
11. 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1 はい	0 いいえ	口腔	3項目のうち 2項目に 該当
12. 身長      cm 体重      kg (BMI=      ) ※BMI=体重 ÷身長(m) ÷身長(m) 18.5未満該当				
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		
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	こもり 閉じ	16番 に該当
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	認知	3項目のうち どれか 1つに 該当
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。	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	うつ	5項目のうち 2項目に 該当
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		
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		