

## 基本チェックリスト

	No.	質問項目	回答	
日常生活	1	バスや電車で一人で外出していますか	はい	いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか	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
運動機能	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
	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分間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
栄養状態	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
	12	体重 ( kg ) ÷ 身長 ( m ) ÷ 身長 ( m ) = BMI ※18.5未満が該当		
口腔機能	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
	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
	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
認知症	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	はい	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	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
心の状態	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ
	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) 以前まで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