

# 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	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		
<b>運動器関係</b>					
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	/ 5	5点で 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		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ		
<b>栄養関係</b>					
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	2点で 該当
12	身長 ( )cm, 体重 ( )kg BMI = ( ) (注)参照				
<b>口腔機能関係</b>					
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	/ 3	3点で 該当
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	口の湯きが気になりますか	1.はい	0.いいえ		
<b>閉じこもり関係</b>					
16	週に1日以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	/ 2	「16」が 「いいえ」で 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		
<b>物忘れ関係</b>					
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	/ 3	1点~ 該当
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		
身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。		<b>小計</b>	<b>/ 20</b>		12点~ 該当

<b>うつ関係</b>					
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	/ 5	2点~ 該当
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		
(すべて答えたかどうか、もう一度ご確認ください。)		<b>合計</b>	<b>/ 25</b>		