

基本チェックリスト

氏名 _____ (年 月 日生)

住所 _____ 区 _____ 市 _____

NO.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)				
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	
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	点
7	椅子に座った状態からなに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	
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	点
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (☆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	1	はい	0	いいえ	点
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	点
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	点
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	点
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	
		合 計				点

☆BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)