

# 基本チェックリスト

対象者氏名		記入日	令和 年 月 日
対象者以外の方氏名		対象者との関係	

下記の全ての質問の「はい」・「いいえ」いずれかに○を付けてください。

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	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
運動器の機能	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
	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分くらい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
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	1. はい	0. いいえ
	12 BMIが18.5未満である あなたのBMI=体重( )kg÷身長( )m÷身長( )m	1. はい	0. いいえ
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	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
	15 口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
閉じこもり	16 週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
	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
もの忘れ	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
	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
日々の健康	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

入力者	確認者