

基本チェックリスト

記入日

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
----	--	------	------------

令和 年 月 日

No.	質問項目	回答		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	
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	3/5
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	
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
12	身長 cm 体重 kg (BMI) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	0.18.5以上	1.18.5未満	
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	2/3
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	1/1
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	1/3
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	
チェックリストNo.1~20				10/20
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	2/5
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	
★	これまでと変わらない生活を続けたいと思いますか?	はい	いいえ	

判定: 該当の項目に○ ↑

判定結果	一般介護予防事業対象者 (非該当)	事業対象者
-------------	----------------------	--------------