

いまの自分の状態を知るために、基本チェックリストを活用しましょう

質問事項	回答(該当箇所にチェック)	
1 バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2 日常品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3 預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4 友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5 家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8 15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9 この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10 転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12 身長()cm, 体重()kg BMI=() (注)参照	<input type="checkbox"/> 18.5未満	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14 お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15 口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16 週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20 今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だとは思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

No.1～20
の合計

個

No.6～10
の合計

個

No.11・12

個

No.13～15
の合計

個

No.16・17

個

No.18～20
の合計

個

No.21～25
の合計

個

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

機能低下 の項目	運動器の機能		栄養改善	口腔機能	閉じこも	認知症	うつ
	No.1～20	No.6～10	No.11・12	NO.13～15	No.16・17	NO.18～20	NO.21～25
要注意!	10個以上	3個以上	2個	2個以上	No.16が「いいえ」	1個以上	2個以上

【表の使い方】

基本チェックリストの各項目に対して「はい」か「いいえ」でお答え頂き、色がついた箇所にチェックされた数を右の空欄に記入して下さい。「要注意!」の項目と比較すれば、各種生活機能がどれくらい低下しているかの目安に出来ます。