基本チェックリスト（追加項目）

確認日	年　月　日	氏　名		聴聞者	

No.	質問項目	回答		項目
1	**6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか**	□ はい	□ いいえ	栄養
2	**身長　　cm　体重　　kg（BMI＝　　）**	□ 非該当	□ 該当	
3	食事を規則的に3食摂っていますか	□ はい	□ いいえ	栄養（追加項目）
	⇒頻度・内容等（　　）			
4	食物アレルギーや禁忌はありますか	□ はい	□ いいえ	
	⇒品目・症状等（　　）			
5	医師から食事に関する指導、助言を受けていますか	□ はい	□ いいえ	
	⇒内容等（　　）			
6	**半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか**	□ はい	□ いいえ	口腔
7	**お茶や汁物等でむせることがありますか**	□ はい	□ いいえ	
8	**口の渇きが気になりますか**	□ はい	□ いいえ	
9	毎食後、歯磨きをしていますか	□ はい	□ いいえ	口腔（追加項目）
	⇒頻度・実施しない理由等（　　）			
10	義歯を使用していますか	□ はい	□ いいえ	
	⇒状態　□ 総義歯　□ 部分義歯（上・下）　□ その他（　　）			
11	自分の歯又は義歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	□ はい	□ いいえ	
12	定期的に歯科受診をしていますか	□ はい	□ いいえ	
13	**周りの方から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか**	□ はい	□ いいえ	認知症
14	**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**	□ はい	□ いいえ	
15	**今日が何月何日かわからない時がありますか。**	□ はい	□ いいえ	
16	置き忘れやしまい忘れが多く、探し物をすることが多いですか。	□ はい	□ いいえ	認知症（追加項目）
17	調理は自身で行っていますか	□ はい	□ いいえ	
	⇒頻度・内容（　　）			
18	水道やガス、鍵の閉め忘れ、火の始末に不安がありますか	□ はい	□ いいえ	
19	役所の手続きなど問題なく一人で出来ますか	□ はい	□ いいえ	
20	現在、定期的に服用している薬はありますか	□ はい	□ いいえ	
	⇒頻度・内容等（　　）			
21	お薬の飲み忘れや飲んだことが曖昧になっていませんか	□ はい	□ いいえ	

※　　…基本チェックリスト項目