

# 基本チェックリスト

確認日	平成 年 月 日	氏 名		聴聞者	
-----	----------	-----	--	-----	--

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	( ) / 20	( ) / 5 3/5以上 で該当
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		
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	10/20 以上	( ) / 2 2/2
12	身長    cm    体重    Kg    (BMI=    ) (注)18.5未満の場合に『該当』				
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		( ) / 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		2/3以上
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ		( ) / 2
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		No.16該当
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		( ) / 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		1/3以上
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	2/5以上	( ) / 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		
26	あなた自身の健康感についてお聞きします	1.よい    2.まあよい    3.普通 4.あまりよくない    5.よくない		事業対象	該当・非該当