

〈基本チェックリスト〉

回答欄の当てはまる方に「○」をして、合計の点数で判断します。
 ※①～⑦に該当した方は、生活機能の低下の心配があります。

No.	質問項目	回答		計	
		はい	いいえ		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0	1	点	⇒
2	日用品の買い物をしていますか	0	1		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0	1		
4	友人の家を訪ねていますか	0	1		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0	1		
①日常生活に必要な機能全般					
No.1～20が10点以上で生活に必要な機能低下の心配					
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	1	点	⇒
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	1		
8	15分位続けて歩いていますか	0	1		
9	この1年間に転んだことがありますか	1	0		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1	0		
②運動の機能					
3点以上で足腰の筋力の低下の心配					
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1	0	点	⇒
12	BMIが18.5未満ですか [身長 cm 体重 kg] (注)	1	0		
③栄養状態					
2点以上で栄養不足の心配					
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	0	点	⇒
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1	0		
15	口の渇きが気になりますか	1	0		
④口腔の機能					
2点以上で口腔機能の低下の心配					
16	週に1回以上は外出していますか	0	1	点	⇒
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	0		
⑤閉じこもり					
No.16に該当で閉じこもりの心配					
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	0	点	⇒
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	1		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1	0		
⑥認知機能					
1点以上で認知機能の低下の心配					
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1	0	点	⇒
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	0		
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	0		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1	0		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1	0		
⑦うつ					
2点以上でうつの心配					

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) が18.5未満の場合に、「1.はい」に該当します。