

基本チェックリスト

| 項目 | 番号 | 質問内容 | 選択肢 | 回答 |
|-------|----|--|-------------------|----|
| 生活機能 | 1 | バスや電車を使って1人で外出できますか | 0:はい 1:少し時々 2:いいえ | |
| | 2 | 日用品の買い物ができますか | 0:はい 1:少し時々 2:いいえ | |
| | 3 | 預貯金の出し入れができますか。 | 0:はい 1:少し時々 2:いいえ | |
| | 4 | 友人の家を訪ねていますか。 | 0:はい 1:少し時々 2:いいえ | |
| | 5 | 家族や友人の相談にのることがあります。 | 0:はい 1:少し時々 2:いいえ | |
| 運動機能 | 6 | 階段を手すりや壁をつたわず昇っていますか。 | 0:はい 1:少し時々 2:いいえ | |
| | 7 | 椅子に座った状態から何にもつかまらず立ち上がっていますか。 | 0:はい 1:少し時々 2:いいえ | |
| | 8 | 15分くらい続けて歩いていますか。 | 0:はい 1:少し時々 2:いいえ | |
| | 9 | この1年間に転んだことがありますか。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| | 10 | 転倒に対する不安は大きいですか。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| 栄養改善 | 11 | 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| | 12 | 身長 cm 体重 kg =BMI | | |
| 口腔機能 | 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| | 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| | 15 | 口の渇きが気になりますか。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| 閉じこもり | 16 | 週に1回以上は外出していますか。 | 0:はい 1:少し時々 2:いいえ | |
| | 17 | 昨年と比べて外出の回数は減っていますか。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| 認知機能 | 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言われますか。 | 2:はい 1:少し時々 0: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。 | 0:はい 1:少し時々 2:いいえ | |
| | 20 | 今日が何月何日か分からない時がありますか。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| うつ | 21 | ここ2週間で、毎日の生活に充実感がない。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| | 22 | ここ2週間で、これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| | 23 | ここ2週間で、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。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| | 24 | ここ2週間で、自分が役に立つ人間だと思えない。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| | 25 | ここ2週間で、わけもなく疲れたような感じがする。 | 2:はい 1:少し時々 0:いいえ | |
| | | | 合計(点数) | |