

## 基本チェックリスト

実施日:令和 年 月 日 被保険者番号:

氏名:

住所:

No	質問項目	回答 (いずれかに○をつける)	
		0: はい	1: いいえ
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
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
12	身長            cm    体重            kg    ( BMI =            )		
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
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
16	週に1回以上は外出していますか	0: はい	1: いいえ
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
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
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
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)毎日の生活に充実感がない	1: はい	0: いいえ
22	(ここ2週)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)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)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)わけもなく疲れたような感じがする	1: はい	0: いいえ

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり	物忘れ	うつ予防
/5	/2	/3	/2	/3	/5