**基本チェックリスト**

名前　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No.** | **質問項目** | **回　答**  （いずれかに○をお付け下さい） | |
| **日常生活** | 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 |
| **運動機能** | 6 | 階段を手すりや壁をつたわら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 |
| **栄養** | 11 | 6ヵ月間で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　　（注）  （注） ＢＭＩ＝体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。 | | |
| **口腔** | 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 |
| **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.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 |
| **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 | 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 |
| **こころの健康** | 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 |
| 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 |

**この表における該当（No.12に限る。）とは、ＢＭＩ＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。**