基本チェックリスト

口答欄の「はい」または「いいえ」を〇で囲んでください

住所	大阪府　八尾市　●町　●番地		作成日	令和〇年　〇月　〇日
氏名	八尾 T郎 氏	男	生年月日	昭和〇　〇月　〇日 83歳

No.	質問項目	回答（いずれかに〇をつける）	
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分程度続けて歩くことができますか	(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159cm　　体重62g　　（ BMI＝ 24.5 ）		
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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	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)
21	(ここ数週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	(0.いいえ)
22	(ここ数週間)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	(ここ数週間)以前楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	(1.はい)	0.いいえ
24	(ここ数週間)自分が役立つ人間だと思えない	1.はい	(0.いいえ)
25	(ここ数週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	(0.いいえ)

	運動機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ
	4/5	1/2	1/3	1/2	0/3	3/5

(注1)項目11はBMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当する