

# 基本チェックリスト

【住所】

【氏名】

【介護保険被保険者番号】

【生年月日】

NO	質問項目	事前実施日( 年 月 日 )		事後実施日( 年 月 日 )					
		回答	集計及び結果	回答	集計及び結果				
1	バスや電車で一人で外出していますか	0.はい 1.いいえ	(No.1~20) 10項目以上で該当	/	0.はい 1.いいえ	(No.1~20) 10項目以上で該当	/		
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい 1.いいえ			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			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			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			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	/20	/5	0.はい 1.いいえ	/20	/5		
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			3項目以上で該当 → 有・無			0.はい 1.いいえ	3項目以上で該当 → 有・無
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい 1.いいえ			/5			0.はい 1.いいえ	/5
9	この1年間に転んだことはありますか	1.はい 0.いいえ			/20			1.はい 0.いいえ	/20
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい 0.いいえ			/20			1.はい 0.いいえ	/20
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	↓	/2	1.はい 0.いいえ	↓	/2		
12	身長 cm 体重 kg(BMI )(注)	1.はい 0.いいえ			2項目以上で該当 → 有・無			1.はい 0.いいえ	2項目以上で該当 → 有・無
(注)BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当		身長 cm 体重 kg (BMI)			/2			身長 cm 体重 kg (BMI)	/2
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	(該当)	/3	1.はい 0.いいえ	(該当)	/3		
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			2項目以上で該当 → 有・無			1.はい 0.いいえ	2項目以上で該当 → 有・無
15	口の渇きが気になりますか	1.はい 0.いいえ			有			1.はい 0.いいえ	有
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい 1.いいえ	無	/2	N16に該当あれば該当 → (該当)	無	/2		
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			無			1.はい 0.いいえ	無
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されますか	1.はい 0.いいえ	(No.18~20)	/3	1.はい 0.いいえ	(No.18~20)	/3		
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			1項目以上で該当 → 有・無			0.はい 1.いいえ	1項目以上で該当 → 有・無
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			/3			1.はい 0.いいえ	/3
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			(No.21~25)			/5	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	2項目以上で該当 → (該当)	1.はい 0.いいえ	2項目以上で該当 → (該当)				
23	(ここ2週間)以前は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	/5	1.はい 0.いいえ	/5				
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	/5	1.はい 0.いいえ	/5				
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	/5	1.はい 0.いいえ	/5				