

基本チェックリスト

被保険者番号		チェック実施日	令和	年	月	日
氏名	男・女	生年月日	T・S	年	月	日
住所	草加市		電話	- -		

各質問の「はい」か「いいえ」に○をつけてください。

質問事項		点数加算		判定欄
		1点	0点	
		回答(どちらかに○)		合計
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	1~5 合計
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	いいえ	6~10 合計
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	はい	いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ	/5点
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	11・12 合計
12	BMIが18.5未満ですか 身長 cm 体重 kg ※BMI(体格指数)=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 【参考】 体重60kg÷身長1.5m÷身長1.5m=26.7	※18.5未満	※18.5以上	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	13~15 合計
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	16・17 合計
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	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されますか	はい	いいえ	18~20 合計
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	はい	いいえ	
20	今日が何月何日かわからないときがありますか	はい	いいえ	
(21~25は、ここ2週間のことを振り返ってチェックしてください)		1~20合計		/20点
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	21~25 合計
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	はい	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	はい	いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ	

1

1~20

10点以上
生活機能全般の低下

2

6~10

3点以上
運動機能の低下

3

11・12

2点
栄養状態低下

4

13~15

2点以上
口腔機能の低下

5

16・17

⑩に該当された方
閉じこもり

6

18~20

1点以上
物忘れ

7

21~25

2点以上
うつ