

# 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		合計	判定欄
		1点	0点		
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	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>1</b> 1~20 <input type="checkbox"/> 10点以上 生活機能全般の低下                 </div>
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	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>2</b> 6~10 <input type="checkbox"/> 3点以上 運動機能の低下                 </div>
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	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>3</b> 11・12 <input type="checkbox"/> 2点 栄養状態低下                 </div>
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 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> 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	/2点	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>4</b> 13~15 <input type="checkbox"/> 2点以上 口腔機能の低下                 </div>
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	/3点	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>5</b> 16・17 <input type="checkbox"/> ⑩に該当された方 閉じこもり                 </div>
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		
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	/2点	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>6</b> 18~20 <input type="checkbox"/> 1点以上 物忘れ                 </div>
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	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>7</b> 21~25 <input type="checkbox"/> 2点以上 うつ                 </div>
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		/5点