

基本チェックリスト

利用者氏名() 実施日(年 月 日)

質問項目		回答	
総合	バス・電車等の公共機関を利用して1人で外出していますか(自家用車も含む)	0. はい	1. いいえ
	日用品の買い物をしていますか(必要な物品を間違いなく購入しているか)	0. はい	1. いいえ
	預貯金の出し入れをしていますか(本人の判断で、自らしているか)	0. はい	1. いいえ
	友人の家を訪ねていますか(電話による交流、家族や親戚への訪問は除く)	0. はい	1. いいえ
	家族や友人の相談にのっていますか(電話のみで相談に応じている場合も含む)	0. はい	1. いいえ
運動	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
	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
	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
	この1年間に転んだことがありますか	0. いいえ	1. はい
	転倒に対する不安は大きいですか	0. いいえ	1. はい
栄養	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	0. いいえ	1. はい
	BMI=体重()kg÷身長()m÷身長()m=()	0(18.5以上)	1(18.5未満)
口腔	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	0. いいえ	1. はい
	お茶や汁物等でむせることがありますか	0. いいえ	1. はい
	口の渇きがきになりますか	0. いいえ	1. はい
閉じこもり	(ア)週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
	(イ)昨年と比べて外出の回数が減っていますか	0. いいえ	1. はい
認知	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されますか	0. いいえ	1. はい
	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
	今日が何月何日かわからない時がありますか	0. いいえ	1. はい
うつ	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	0. いいえ	1. はい
	(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	0. いいえ	1. はい
	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今はおっくうに感じられる	0. いいえ	1. はい
	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	0. いいえ	1. はい
	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	0. いいえ	1. はい