

基本チェックリスト

| NO. | 質問項目 | いずれかに○をお付けください | |
|-------|---|----------------|-------|
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | はい 0 | いいえ 1 |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | はい 0 | いいえ 1 |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | はい 0 | いいえ 1 |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | はい 0 | いいえ 1 |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | はい 0 | いいえ 1 |
| 運動 | 6 階段の手すりや壁をつたわずに昇っていますか | はい 0 | いいえ 1 |
| | 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 0 | いいえ 1 |
| | 8 15分位続けて歩いていますか | はい 0 | いいえ 1 |
| | 9 この1年間に転んだことがありますか | はい 1 | いいえ 0 |
| | 10 転倒に関する不安は大きいですか | はい 1 | いいえ 0 |
| 栄養 | 11 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか | はい 1 | いいえ 0 |
| | 12 身長 , cm 体重 , kg BMI , 18.5未満 1 18.5↑ 0 | | |
| 口腔 | 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 1 | いいえ 0 |
| | 14 お茶や汁物等でむせることがありますか | はい 1 | いいえ 0 |
| | 15 口の渇きが気になりますか | はい 1 | いいえ 0 |
| 閉じこもり | 16 週に1回以上は外出していますか | はい 0 | いいえ 1 |
| | 17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | はい 1 | いいえ 0 |
| 認知 | 18 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 | はい 1 | いいえ 0 |
| | 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 0 | いいえ 1 |
| | 20 今日が何月何日かわからない時がありますか | はい 1 | いいえ 0 |
| うつ | 21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない | はい 1 | いいえ 0 |
| | 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 1 | いいえ 0 |
| | 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 1 | いいえ 0 |
| | 24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない | はい 1 | いいえ 0 |
| | 25 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする | はい 1 | いいえ 0 |

色付き部分に該当する個数

1～20「10点以上」

6～10「3点以上」

11～12「2点」

13～15「2点以上」

16「1点以上」

18～20「1点以上」

21～25「2点以上」

上記のいずれかに該当すれば事業対象者となる。