

## 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をつけてください)		判定
		はい	いいえ	
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	①虚弱 ⇒質問の1～20のうち、色つき部分に10個以上該当
2	日用品の買物をしていますか	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	②運動機能低下 ⇒質問6～10のうち色つき部分に3個以上該当
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	いいえ	はい	
10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい	③栄養機能低下 ⇒質問11～12のうち色つき部分に2個該当
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい	
12	身長            cm    体重           kg (BMI=            ) (注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	BMI 18.5以上	BMI 18.5未満	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	④口腔機能低下 ⇒質問13～15のうち色つき部分に2個以上該当
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい	
15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい	
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	⑤閉じこもり ⇒質問16の色つき部分に該当
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	⑥認知機能低下 ⇒質問18～20のうちいずれかの色つき部分に該当
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時がありますか	いいえ	はい	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	⑦うつ ⇒質問21～25までの5項目のうち2項目以上に該当
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	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	