

【基本チェックリスト】

あなたの現在の状態について、「はい」「いいえ」に当てはまる方にチェックを入れてください。
灰色にチェックがついたところは1点。各項目ごと合計点を出してください。

実施日:

No.	項目	質問事項	回答		合計
1	生活状況	バスや電車で一人で外出していますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
2		日用品の買い物をしていますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
3		預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
4		友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
5		家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
					/5
6	運動機能	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
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	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
8		15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
9		この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
10		転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
					/5
11	栄養	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
12		BMIが18.5未満ですか ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
					/2
13	口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
14		お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
15		口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
					/3
16	閉じこもり	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
17		昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
					/2
18	認知機能	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	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
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	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
20		今日が何月何日か分からない時がありますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
					/3
					/20
21	うつ予防	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
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	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
24		(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ
					/5

いつまでも自立して元気な生活ができるように、
心身の健康度を確認してみましょう♪

