

## 【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"/>	/5	
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
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"/>	/5	
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
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"/>	/2	
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
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"/>	/3	
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
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"/>	/2	
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
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"/>	/3	
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
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"/>	/5	
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

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♪

