

基本チェックリスト

※要介護認定を
持たない方

記入日	年 月 日	ふりがな	
ふりがな		ふりがな	
利用対象者氏名		記入者氏名	

※利用対象者と異なる場合のみ記入

太線の枠内を記入してください。

NO	質問項目	回答		点数
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	/ 5
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. 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	0. はい	1. いいえ	/ 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	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	/ 2
12	身長 () cm 体重 () kg	BMI () 1. 未満 0. 以上		2
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	/ 3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	/
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	2
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	1. はい	0. いいえ	/ 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	0. はい	1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	/ 5 点
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	1. はい	0. 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	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. 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	1. はい	0. いいえ	