基本チェックリスト

記入日：　　年　　月　　日

氏名		住所		生年月日	年　　月　　日
希望するサービス内容					

No	質問項目	回答	
1	バスなどを利用して 1 人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	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らずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらず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 年間に転んだことはありますか	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 ヶ月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長　　cm　体重　　kg　（BMI＝　　）（注）		
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
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
18	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言われますか	1.はい	0.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	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
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

（注）BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）が 18.5 未満の場合に該当とする。