



# 基本チェックリスト

実施日	年	月	日	氏名

No.	質問項目	回答	
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
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
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か月間で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、体重、BMI ( )	身長 <sup>77</sup> cm 0 . 0	体重 <sup>82</sup> kg 0 . 0
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「いつも同じ事を聞く」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	今日が何月何日か分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。

①No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	(総合)	/ 20	⑩
②No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	(運動)	/ 5	③
③No.11～12の2項目の全てに該当	(栄養)	/ 2	②
④No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	(口腔)	/ 3	②
⑤No.16～17の2項目のうちNo.16に該当	(外出)	/ 2	⑩
⑥No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	(理解)	/ 3	①
⑦No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	(気分)	/ 5	②

**同意欄**

私が介護予防・日常生活支援総合事業を利用するに当たり、この基本チェックリストの情報を市及び地域高齢者支援センターと情報を共有することに同意します。

年 月 日 氏名 (本人署名)