**基本チェックリスト**

○回答欄の「はい」または「いいえ」を○で囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　所 |  | 記 入 日 | 　　　 年　 月　 日 |
| 氏　名 | （男・女） | 被保険者番号 | 生年月日 | （明治・大正・昭和）年　 月　 日 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |
| 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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分類 | 運動器機能向上 | 栄養改善 | 口腔機能向上 | 閉じこもり予防 | 物忘れ予防 | うつ予防 |
| 問№ | 問６～１０ | 問１１～１２ | 問１３～１５ | 問１６～１７ | 問１８～２０ | 問２１～２５ |
| 該当(1の数) | ３/５で該当5/5以外は1～20で12項目以上と運動機能測定 | ２/２で該当又はアルブミン３．８以下で該当 | ２/３で該当 | 問１６に該当※問17該当要注意 | １/３該当 | ２/５以上で該当 |
|  | ／５ | ／２ | ／３ | ／２ | ／３ | ／５ |