

基本チェックリスト

- ①ご自身の主観で、もれなく「はい」「いいえ」のどちらかにチェックしてください。
 ②「できる」「できない」という『能力』ではなく、ご本人が「している」か「していない」かをチェックしてください。
 ③期間を定めていない質問項目については、現在（1か月以内）の状況について回答してください。

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	記入日	平成 年 月 日 ()
住所 足利市					
No.	質問項目	回答：いずれかに○ (No12 は値を記入)		市記入欄	
1	車やバスや電車などで1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	/	
2	(外出して)日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	(自分で銀行等での窓口手続を含め)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(時々使用は可)	0. はい	1. いいえ	/	
7	イス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(杖等補助具使用可)	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	/2	
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)				
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(過去1ヶ月の平均値)	0. はい	1. いいえ	/2	
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されますか	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		
合 計 (No. 1~No. 20)				/20	
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。					
該当 ・ 非該当					

26	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
----	--------------------	-------------------------------

※この基本チェックリストは介護予防・生活支援サービス利用申請書とともに提出してください。