

【基本チェックリスト】

实施年月日

年

月

日

NO.	質 問 事 項		回 答 いずれかに○		網かけ欄 の○の数
1	生活状況	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	
2		日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ	
3		預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4		友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5		家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	
6	運動機能	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	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	はい	いいえ	
8		15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9		この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ	
10		転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ	
11	栄養	6カ月間で2～3kg以上の体重の減少がありましたか	はい	いいえ	
12		身長（ cm）体重（ kg）（BMI＝ ）（注）			
13	口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	
14		お茶や汁物でむせることがありますか	はい	いいえ	
15		口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	
16	こ 閉 も り じ	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	
17		昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ	
18	認知機能	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	はい	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	はい	いいえ	
20		今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ	
21	うつ傾向	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	
22		（ここ2週間）以前は楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	はい	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	はい	いいえ	
24		（ここ2週間）自分が役に立つ人間だとは思えない	はい	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	はい	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。

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判定
NO.	1～20	6～10	11、12	13～15	16、17	18～20	21～25	☐ 介護予防・生活 支援サービス ☐ 一般介護予防 ☐ 要介護・要支援 認定申請
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	NO.16に 該当	1点以上	2点以上	
該当項目 ○をする								