

基本チェックリスト

回答欄の当てはまる方に「○」をして、それぞれの「合計点」をご記入ください。
 「合計点」が基準を超えた項目が1つでもあれば、ぜひ本教室へご参加ください。



No.	質問項目	回答 (点)	合計点
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	/ 5
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ずに昇っていますか	0.はい 1.いいえ	/ 5
7	椅子から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	

運動機能

3点以上で

足腰の筋力低下の心配

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	BMIが18.5未満ですか BMI = 体重 _____ kg ÷ 身長 _____ m ÷ 身長 _____ m 【例】体重:58kg 身長:160cmの場合 → 58kg ÷ 1.6m ÷ 1.6m = 22.6	1.はい 0.いいえ	

栄養状態

2点以上で

栄養不足の心配

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	/ 3
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	

口腔機能

2点以上で

口腔機能低下の心配

16	週に1回以上は外出していますか	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	

閉じこもり

No.16に該当で心配

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	/ 3
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	

認知機能

1点以上で

物忘れの心配

日常生活に必要な機能全般			
No.1~No.20の合計点			
10点以上で生活に必要な機能低下の心配		/ 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	/ 5
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	

こころの健康状態

2点以上で

こころの健康状態の心配