

基本チェックリスト

記入日：令和 年 月 日

氏名：	生年月日： T・S 年 月 日（ 歳）
住所：弘前市大字	電話番号： -

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=) ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	1 18.5未満	0 18.5以上
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
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

<判定>

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1から20までの項目のうち10項目以上該当 | <input type="checkbox"/> 18から20までの3項目のうち1項目以上に該当 |
| <input type="checkbox"/> 6から10までの5項目のうち3項目以上に該当 | <input type="checkbox"/> 21から25までの5項目のうち2項目以上に該当 |
| <input type="checkbox"/> 11から12の2項目全てに該当 | |
| <input type="checkbox"/> 13から15までの3項目のうち2項目以上に該当 | |
| <input type="checkbox"/> 16に該当 | |

受付者印	確認者印