**基本チェックリスト**

実施年月日　令和　　年　　月　　日　　　　　　　担当者所属、氏名（　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 氏　名 |  |
| 記入者 | 本人　　　　　　　　　　　　代理の方（　　　　　　　　　　　　　　　　）  （代理の理由：入院中　　心身の状況により来所困難　　頼まれた） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 質　　問　　項　　目 | | | 回　答 | |
| 日常生活 | 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 |
| 運動機能 | 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分くらい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 |
| 栄養状態 | 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 | ＢＭＩが18.5未満ですか | 1.はい | 0.いいえ |
| 体重（　　　）kg÷身長（　　　）ｍ÷身長（　　　）ｍ＝（　　） |
| 口腔機能 | 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 |
| 閉じこもり | 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 |
| 物忘れ | 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 |
| こころの健康 | 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 |