

基本チェックリスト

*基本チェックリストは厚生労働省が定めた全国統一の内容です。

以下の質問について、回答欄の「はい」「いいえ」のどちらか当てはまるほうに○を付けて下さい。

		質 問 項 目	回 答	
日常生活状況	1	バスや電車で1人で外出していますか <small>(タクシーを含む公共交通機関を一人で利用しているか)</small>	はい	いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか <small>(電話注文のみの場合は「いいえ」)</small>	はい	いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか <small>(家族に依頼している場合は「いいえ」)</small>	はい	いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか <small>(自ら外出しているかの質問です)</small>	はい	いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか <small>(電話での相談も「はい」)</small>	はい	いいえ
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか <small>(習慣的に使っている場合は「いいえ」)</small>	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 <small>(時々「はい」)</small>	はい	いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか <small>(屋内外は問わない。杖や押し車の有無も問いません。)</small>	はい	いいえ
	9	この1年間に転んだことはありますか <small>(1年間で転倒したかどうか)</small>	はい	いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか <small>(不安の理由はといません。主観でお答えください)</small>	はい	いいえ
栄養	11	6ヶ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか <small>(半年以上かかって減少している場合はいいえです)</small>	はい	いいえ
	12	身長 cm 体重 kg		
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 <small>(半年以上前から固いものが食べにくい状態がずっと続いている場合はいいえです)</small>	はい	いいえ
	14	お茶や汁物等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
聞こえ	16	週に1回以上は外出していますか <small>(週によって異なる場合は過去1ヶ月の平均で回答)</small>	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 <small>(減少傾向にある場合は「はい」)</small>	はい	いいえ
もの忘れ	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されますか <small>(本人は物忘れがあると思っても周りの方からの指摘がなければ「いいえ」)</small>	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 <small>(携帯電話を自分で操作できれば「はい」電話を誰かにかけてもらってれば「いいえ」)</small>	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 <small>(月と日の一方しかわからない場合「はい」)</small>	はい	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 <small>(「憂鬱」「悲しい」「何の希望もない」「落ち込んでいる」気持ちが2週間継続している)</small>		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 <small>(「何をしても面白くない」「スポーツやドラマを見ても面白くなく好きな音楽を聴いても感動しない」状態が継続している)</small>	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 <small>(着替えや入浴、食事など日常的な事さえやる気が起こらず時間がかかるようになる)</small>	はい	いいえ
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない <small>(根拠なく自分を責めたり、過去の些細な出来事を思い出しては悩んだりする状態)</small>	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 <small>(体調不良や加齢のためによる疲労感の場合は「いいえ」)</small>	はい	いいえ

この元気度チェック(基本チェックリスト)の結果により、介護予防事業を地域包括支援センターから案内することがございます。あらかじめご了承下さい。