

基本チェックリスト

記入日 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

どれだけチェックが入るかで、介護予防の支援が必要かどうか判定されます。

NO.	質問項目	回答 (いずれかに○)		
1	車やバスや電車で1人で外出していますか	はい	1. いいえ	1~20 の内 10点 以上
2	日用品の買物をしていますか	はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	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	はい	1. いいえ	3/5 以上
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	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	いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	いいえ	
11	6ヶ月で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	いいえ	両方 該当
12	現在の体重・身長について 身長(. cm)体重(kg)	BMI 18.5 未満		
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	いいえ	2/3 以上
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	いいえ	
15	口の渴きが気になりますか	1. はい	いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	はい	1. いいえ	16に 該当
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	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言われますか	1. はい	いいえ	1/3 以上
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	1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからないことがありますか	1. はい	いいえ	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	いいえ	2/5 以上
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	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	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	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	いいえ	

チェックリスト 質問番号	質問からの介護予防の見方	該当する数
No. 1~No. 20	生活機能全般の機能低下がないか	No. 1~No. 20のうち 10個以上該当
No. 6~No. 10	運動器機能の低下がないか	No. 6~No. 10のうち 3個以上該当
No. 11~No. 12	栄養が不足していないか	No. 11~No. 12の 両方に該当
No. 13~No. 15	口腔機能の低下がないか	No. 13~No. 15のうち 2個以上該当
No. 16~No. 17	閉じこもりの状態でないか	No. 16~No. 17のうち No.16に該当
No. 18~No. 20	認知能力の低下がないか	No. 18~No. 20のうち 1個以上該当
No. 21~No. 25	「うつ」の可能性がないか	No. 21~No. 25のうち 2個以上該当