

基本チェックリスト

基本系テスト(質問1～20のうち10点以上が該当)						評価点	10 / 20以上		
質問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		
質問2	日用品の買い物をしていますか。					0.はい	1.いいえ		
質問3	預貯金の出し入れをしていますか。					0.はい	1.いいえ		
質問4	友人の家を訪ねていますか。					0.はい	1.いいえ		
質問5	家族や友人の相談にのっていますか。					0.はい	1.いいえ		
運動器関係(質問6～10のうち3点以上が該当)						評価点	3 / 5以上		
質問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		
質問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		
質問8	15分位続けて歩いていますか。					0.はい	1.いいえ		
質問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		
質問10	転倒に対する不安は大きいですか。					1.はい	0.いいえ		
栄養関係(質問11～12のうち2点以上が該当)						評価点	2 / 2以上		
質問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		
質問12	身長		cm	体重		kg	BMI		(注)
口腔機能関係(質問13～15のうち2点以上が該当)						評価点	2 / 3以上		
質問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		
質問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		
質問15	口の渇きが気になりますか。					1.はい	0.いいえ		
閉じこもり関係						評価点	/ 2		
質問16	週に1回以上は外出していますか。					0.はい	1.いいえ		
質問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		
認知症関係						評価点	/ 3		
質問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		
質問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		
質問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		
うつ関係(質問21～25の点数が高い場合は、うつ状態が疑われる)						評価点	/ 5		
質問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		
質問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		
質問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		
質問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		
質問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		
追加1が「いいえ」の場合は、ふれあいスクールを検討する									
追加1	公民館まで(歩いて)通うことができますか。					0.はい	1.いいえ		
追加2が「いいえ」、追加3が「はい」の場合は、介護保険申請を行い、デイサービスを検討する									
追加2	入浴は一人でできますか。					0.はい	1.いいえ		
追加3	トイレの失敗はありますか。					1.はい	0.いいえ		

注: BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

1日の目標と1年後の目標を記入してください。

例: 1日の目標 「転ばないで過ごしたい」「規則正しく生活する」「きちんと3食を食べる」「きちんと薬が飲める」

例: 1年の目標 「転ばないで1年を過ごす」「病気が悪化しない」「血圧が上がらないで過ごせる」

○1日の目標

○1年後の目標