

基本チェックリスト

記入日 令和 年 月 日

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)		
		0 : はい	1 : いいえ	
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	/5
2	日用品の買い物をしていますか	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	/5
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	/2
12	身長 cm 体重 kg(BMI=) (注)	1 : はい	0 : いいえ	
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	/3
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	口の渴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	/2
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言われますか	1 : はい	0 : いいえ	/3
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	/5
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	

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が 18.5 未満の場合に該当(1:はい)とする

受付者(市・地域包括支援センター)記入欄

● 基本チェックリスト実施結果

No.	1～20	6～10	11, 12	13～15	16	18～20	21～25
基準	10点以上	3点以上	2点	2点以上	1点	1点以上	2点以上
該当の場合 「○」							