

基本チェックリスト

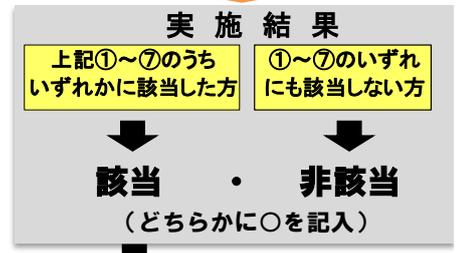
実施日： 年 月 日

お名前 フリガナ	生年月日	ご住所
	大・昭 年 月 日生 (男・女) (歳)	高岡市 (区 ー)

No.	質問項目 <small>(厚生労働省が作成し、全国的に統一された項目となっています)</small>	回答 <small>(いずれかに○をつけてください)</small>		判定
1	バスや電車で1人で外出していますか	0点 はい	1点 いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0点 はい	1点 いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0点 はい	1点 いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0点 はい	1点 いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0点 はい	1点 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点 はい	1点 いいえ	①運動 □ 点 3点以上で該当
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	0点 はい	1点 いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0点 はい	1点 いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1点 はい	0点 いいえ	②栄養 □ 点 2点以上で該当
10	転倒に対する不安は大きいですか	1点 はい	0点 いいえ	
11	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1点 はい	0点 いいえ	⑥生活機能全般 □ 点 10点以上で該当
12	BMIが18.5未満である (あなたの体重 _____ kg 身長 _____ cm) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) (例) 体重60kg、身長160cmの人の場合 [60kg÷1.6m÷1.6m=23.4]	1点 18.5未満	0点 18.5以上	
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点 はい	0点 いいえ	③口腔 □ 点 2点以上で該当
14	お茶や汁物などでむせることがありますか	1点 はい	0点 いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1点 はい	0点 いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0点 はい	1点 いいえ	④閉じこもり №16「いいえ」で該当
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1点 はい	0点 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されますか	1点 はい	0点 いいえ	⑤認知機能 □ 点 1点以上で該当
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点 はい	1点 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点 はい	0点 いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1点 はい	0点 いいえ	⑦うつ病の可能性 □ 点 2点以上で該当
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点 はい	0点 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点 はい	0点 いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だとは思えない	1点 はい	0点 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点 はい	0点 いいえ	

基本チェックリストの結果について

① No.6～10	運動機能に関する質問	3点以上の方は注意が必要です
② No.11, 12	栄養状態に関する質問	2項目全てに該当する方は注意が必要です
③ No.13～15	口腔機能に関する質問	2点以上の方は注意が必要です
④ No.16, 17	閉じこもりに関する質問	No.16に該当する方は注意が必要です
⑤ No.18～20	物忘れ・認知症に関する質問	1点以上の方は注意が必要です
⑥ No.1～20	全般的な生活機能に関する質問	10点以上の方は注意が必要です
⑦ No.21～25	気分・うつに関する質問	2点以上の方は注意が必要です



該当に○のついた方は、何らかの生活機能の低下が心配されます。地域包括支援センターでは基本チェックリストの結果等をもとに介護予防事業や各種教室などを紹介しています。

お住まいの圏域の地域包括支援センター(パンフレット「介護予防・日常生活支援総合事業利用の手引き」の一覧表参照)または高齢介護課(TEL20-1165)にお問合せください。