

基本チェックリスト

記入日：令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

被保険者番号（ _____ ）

生年月日 M・T・S 年 月 日（ ）歳

No.	質問項目	回 答 (いずれかに○をお付け下さい)		備考(回答が網掛けの場合、 具体的な状況をご記入ください。)	
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		No1から No20 /20
2	日用品の買物をしていますか	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)				
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	口の渇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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ		
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		/3
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		
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		/5
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおつくうに感じられる	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		
健康状態について 1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない					

(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。