実施日　　年　　月　　日

基本チェックリスト

氏　名　　男・女　　生年月日

住　所　　電話番号

	NO	質問事項	回答		得点
暮らしぶりその1	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	
	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	
		No.1～5の合計			
運動器関係	6	階段を手すりや壁をつたわらず昇っていますか	0 はい	1 いいえ	
	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年間に転んだことはありますか	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	
		No.6～10の合計	【3点以上該当】		
栄養・口腔機能等の関係	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	
	12	身長（　　cm）　体重（　　kg）（＊BMI18.5未満なら該当） ＊BMI（＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））	1 はい	0 いいえ	
		No.11～12の合計	【2点以上該当】		
	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	
	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	
		No.13～15の合計	【2点以上該当】		
暮らしぶりその2	16	週に1回以上は外出していますか	0 はい	1 いいえ	
	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	
		No.16～17の合計	【No16に該当】		
	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	
	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	
		No.18～20の合計	【1点以上該当】		
		No.1～20の合計	【10点以上該当】		
こころ	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	
	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	
	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	
		No.21～25の合計	【2点以上該当】		

☆ チェック方法

回答欄の「はい」、「いいえ」の前にある数字（0または1）を得点欄に記入してください。

☆ 基本チェックリストの結果の見方

基本チェックリストの結果が、下記に該当に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があります。お住まいの市町村や地域包括支援センターにご相談ください。

- 項目6～10の合計が3点以上
- 項目11～12の合計が2点以上
- 項目13～15の合計が2点以上
- 項目16～17のうちNo16に該当
- 項目18～20の合計が1点以上
- 項目21～25の合計が1点以上
- 項目1～20の合計が10点以上