**基本チェックリスト**

氏名：　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　月　　日生　　　　歳）　被保険者番号：

住所：高知市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　　　（　　　　）

　代理（代筆者）：　　　　　　　　　　（続柄　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施日：　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 質問項目 | 回答（いずれかに○をお付け下さい） |  |
| 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 | /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ら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なに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ヵ月間で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 |
| 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。