

介護予防のための基本チェックリスト

No.	質問項目	回答		判定 ピンク色の欄に あてはまった数	
社会参加	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	No.1~20のうち、 10項目以上
	2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	
運動器	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ	No.6~10のうち、 3項目以上
	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ますか	はい	いいえ	
	8	15分間位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ	
栄養	11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	はい	いいえ	No.11・12の両方
	12	身長（ cm） 体重（ kg） BMI（ ） （*BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 18.5未満なら「はい」）	はい	いいえ	
口腔	13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	No.13~15のうち、 2項目以上
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	
	15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	No.16に該当
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ	
物忘れ	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るですか	はい	いいえ	No.18~20のうち、 1項目以上
	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	はい	いいえ	
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ	
こころ	21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	No.21~25のうち、 2項目以上
	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	はい	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	はい	いいえ	
	24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ	