

基本チェックリスト

利用者名 万福寺 守 様

作成日 平成23年04月01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	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
12	身長 165.0 cm 体重 50.0 kg (BMI = 18.3) (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	<input checked="" type="radio"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
15	口の渴きが気になりますか	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合に該当するとする。