

基本チェックリスト

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
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 (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
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
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
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
※21～25は、ここ2週間のことを振り返ってチェックしてください。			
21	毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	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	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	自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

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

※介護認定が要支援1および2の方も利用できます。

※その他、項目1～25の黄色の箇所が多く該当する場合なども対象となります。
ご相談下さい。

※「自分のことが自分でできる生活を目標とする」(自立支援)事業のため
1年前後で卒業をめざしますご了承ください。

※赤いわくの、黄色の箇所が3つ以上該当したら対象です。