◎基本チェックリスト◎

	基本チェックリスト項目	はい	いいえ	判断
1	自家用車やバス・電車で一人で外出していますか		☆	1～20 で 10 個以上 ☆に該当したら 日常生活機能の低下に注意
2	日用品の買い物をしていますか		☆	
3	預貯金の出し入れをしていますか		☆	
4	友人の家を訪ねていますか		☆	
5	家族や友人の相談にのっていますか		☆	
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか		☆	３個以上 ☆に該当したら運動機能の低下に注意
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		☆	
8	15分位続けて歩いていますか		☆	
9	この１年間に転んだことがありますか	☆		
10	転倒（ころぶ）に対する不安は大きいですか	☆		
11	６ヶ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	☆		２個以上 ☆に該当したら栄養機能の低下に注意
12	肥満とやせの判定（BMI）が 18.5 未満ですか BMI⇒体重　　　kg÷身長　　　m×身長　　　m	☆		
13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	☆		２個以上 ☆に該当したら口腔機能の低下に注意
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	☆		
15	口の渇きが気になりますか	☆		
16	週に１回以上は外出していますか		☆	☆に該当に該当したら閉じこもりに注意
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	☆		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	☆		１個以上 ☆に該当したら 認知機能の低下に注意
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		☆	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	☆		
21	（ここ２週間）毎日の生活に充実感がない	☆		２個以上 ☆に該当したら、うつ病に注意
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	☆		
23	（ここ２週間）以前は楽に出来ていたことがいまではおっくうに感じられる	☆		
24	（ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない	☆		
25	（ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする	☆		