

1～25の質問に「はい」「いいえ」でお答えください

(氏名: _____)

三春町 介護予防事業基本チェックリスト

年 月 日

質問項目			回答		判定
社会参加	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	
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	0.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	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	
栄養	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	0.いいえ	2/2
	12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (注) BMI18.5未満	1.はい	0.いいえ	
口腔	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	2/3以上
	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	
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	16に該当
	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	
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されますか	1.はい	0.いいえ	10/20以上 1/3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	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	
こころ	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	2/5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	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	

(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

※町記入欄

【結果】	社会参加	運動器	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	こころ	事業対象	
								該当	非該当

【特記事項】