

# 介護予防基本チェックリスト

※要支援・要介護認定者除く

		記入日	年	月	日
氏名		生年月日	大・昭	年	月
住所	伊達市 町 番地	電話番号	—		

No	質問項目	回答（いずれか○）	
1	バスや電車で1人で外出していますか（自家用車も含む）	はい	いいえ
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
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
7	イス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	はい	いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことはありますか	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
11	この6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
12	体重（      ）kg ÷身長（      ）m ÷身長（      ）m =BMI（      ） ※BMI=体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）が18.5未満の場合に該当	左欄にご記入ください	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
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
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
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
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いわれますか	はい	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	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
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれ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