

## 基本チェックリスト

記入日 平成 年 月 日

ご回答にあたり

☆ 記入がないと判定ができませんので、回答欄はすべてご記入ください。 ご家族等の代理記入でも結構です。

☆ 現在の状況について、ご本人の主観によりお答えください。

☆ 質問項目は全国共通です。

No.	質 問 項 目	回 答	
		「はい」か「いいえ」に ○を付けてください	
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
11	6か月間で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 <input style="width: 50px;" type="text"/> cm 体重 <input style="width: 50px;" type="text"/> kg ← 身長・体重を記入してください。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	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	口の渴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されますか	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	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. 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	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

基本チェックリストの結果は、船橋市個人情報保護条例を遵守し、保健・介護予防事業推進のため、統計処理、地区分析及び大学等の研究機関での研究等に利用させていただきますのでご了承ください。

### 事業対象者に該当する基準

①	No. 1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	(複数の項目に支障)
②	No. 6～10までの項目のうち3項目以上に該当	(運動機能の低下)
③	No. 11～12の2項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④	No. 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	(口腔機能の低下)
⑤	No. 16～17の2項目のうちNo. 16に該当	(閉じこもり)
⑥	No. 18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	(認知機能の低下)
⑦	No. 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	(うつ病の可能性)