

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 いずれかに○		該当項目
		はい	いいえ	
1	バスや電車で一人で外出していますか	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らわずに昇っていますか	はい	いいえ	3/5以上
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	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年間に転んだことがありますか	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	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	2項目該当
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	はい	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	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	昨年と比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	
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されますか	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ていたことが楽しめなくなった	はい	いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできてい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	

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

あ: 1～20までの20項目のうち、10項目以上に該当する者
 い: 6～10までの5項目のうち、3項目以上に該当する者
 う: 11,12の2項目全てに該当する者
 え: 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当する者

「あ～え」までのいずれかに該当する方が、特定高齢者候補者となり、さらに生活機能評価(市の健康診断)を受け、決定項目に該当した方が特定高齢者となります。