

# 生活機能チェックリスト

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳 記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

| No. | 質問項目            | 回答<br>(いずれかに お付け下さい)                                     |       |       |
|-----|-----------------|--|-------|-------|
|     |                 | 0.はい   | 1.いいえ |       |
| 1   | 日常の活動           | 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   | 運動機能            | 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  | 栄養              | 6ヵ月間で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 _____ cm 体重 _____ kg BMI ( ) = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) |       |       |
| 13  | 口腔機能            | 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  |                 | 口の渇きが気になりますか   | 1.はい  | 0.いいえ |
| 16  | 外出状況            | 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  | もの忘れ            | 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  | 心の状態            | (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 |

( ) BMIとは、肥満度の目安となる指数で、「18.5～24.9」を正常範囲とし、18.5未満は低体重となります。

## ～ 介護予防必要度の判定について ～

下記のいずれかに該当する場合は、お住まいの区役所保健福祉課、地域包括支援センター、介護予防センターなどにご相談ください。

1～20番のうち、つけた「はい・いいえ」の前の数字を足すと**10以上**になる場合

6～10番のうち、つけた「はい・いいえ」の前の数字を足すと**3以上**になる場合

11番が「はい」でBMIが18.5未満の場合

13～15番のうち、つけた「はい」の数が**2以上**の場合

18～25番までで気になることがあれば、「はい」の数に関わらず、ご相談下さい。

回答の際には、「できる」かどうかではなく「している」かどうかでお答え下さい。