

介護予防のためのチェックリスト

No.	質問	回答（当てはまるものに○）	
1	バスや電車で（自家用車で）1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	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
*	1年に1回は健診を受けていますか	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
*	歩行時にひざの痛みはありますか	1.痛みあり	0.痛みなし
*	運動（体操、ウォーキング等）を週1回以上していますか	0.はい	1.いいえ
11	最近6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	BMIが18.5未満（やせ気味）ですか	1.はい	0.いいえ
*	定期的に体重を測っていますか	0.はい	1.いいえ
*	一日三食、食べていますか	0.はい	1.いいえ
*	普段、一日の食事の中で食べている食品に丸を付けてください	肉 魚 卵 豆製品 乳製品	
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
*	たくわんや肉料理（焼肉・唐揚げ）を噛み切ることができますか	0.はい	1.いいえ
*	1年に1回は歯科受診（定期健診）をしていますか	0.はい	1.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いわれますか	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はおっくうに感じる	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
*	あなたの今の健康状態はいかがですか	よい まあよい ふつう あまりよくない よくない	