

基本チェックリスト(川口市生活機能チェック票)

項目	質問		回答(配点)		集計	判定
			0点	1点		
①生活全般のこと	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	① 点	/
	2	日用品の買物をしていますか	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		
②運動のこと	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	② 点	A 3点以上 で該当
	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	いいえ	はい		
	10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい		
③栄養のこと	11	6か月間で2~3kg以上体重減少がありましたか	いいえ	はい	③ 点	B 2点で 該当
	12	BMI(肥満度をあらわす数値)は18.5以上ですか BMI [] 身長 [cm] ・ 体重 [kg] 例) 50(kg) ÷ 1.65(m) ÷ 1.65(m) = 18.3 (小数点第2位以下切捨て)	BMIが18.5以上			
④お口のこと	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	④ 点	C 2点以上 で該当
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい		
	15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい		
⑤閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	⑤ 点	/
	17	前年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい		
⑥もの忘れの可能性	18	周りの人から『いつも同じ事を聞く』など物忘れがあるとされますか	いいえ	はい	⑥ 点	/
	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	いいえ	はい		
⑦うつの可能性	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい	⑦ 点	D 10点 以上で 該当
	22	(") これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	いいえ	はい		
	23	(") 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	いいえ	はい		
	24	(") 自分が役立つ人間だとは思えない	いいえ	はい		
	25	(") わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい		
⑧病気のこと	26	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか	いいえ	はい	⑧ 点	/
	27	重い高血圧(上の血圧180mmHg以上又は、下の血圧110mmHg以上)がありますか	いいえ	はい		
	28	糖尿病での視力低下、低血糖発作などを指摘されていますか	いいえ	はい		
	29	この一年間で心電図に異常があるとされた、または日常生活の中でひどく息切れを感じるがありますか	いいえ	はい		
	30	かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	いいえ	はい		
	31	この1ヶ月以内に急な腰痛、膝痛などがあり、今も続いていますか	いいえ	はい		

以下のいずれかの場合は地域包括支援センターへご相談ください。

- 項目6~10の点数が3点以上 ●項目1~20の点数が10点以上
- 項目11~12の点数が2点 ●項目21~31に関して相談がある
- 項目13~15の点数が2点以上