

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)		
		0点	1点	
生活機能全般について	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
	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
運動器の機能について	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
	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
栄養状態について	11	6ヵ月間で2～3kg以上体重減少がありましたか	いいえ	はい
	12	身長 cm() m ・ 体重 kg BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) 例: 50kg ÷ 1.65m ÷ 1.65m = 18.3 (BMI =)	BMIが18.5以上 はい いいえ	
口腔内の状態について	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
	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
閉じこもりについて	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	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
もの忘れのことについて	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
	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
うつの可能性について	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい
	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	いいえ	はい
	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	いいえ	はい
	24	(ここ2週間)自分が役立つ人間だとは思えない	いいえ	はい
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい
病気のことについて	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
	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までご相談ください。

項目6～10の合計が3点以上

項目11～12の合計が2点

項目13～15の合計が2点以上

項目1～20の合計が10点以上

項目21～31に関して相談がある