

生活機能評価基本チェックリスト

| No. | 質問項目 | 回答(いずれかに○をお付け下さい) | |
|-----|----------------------------------------------------------------|-------------------|-------|
| A | 1 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 |
| B | 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 |
| C | 11 6カ月間で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=) (注) | | |
| D | 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 口の渇きが気になりますか | 1.はい | 0.いいえ |
| E | 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 |
| F | 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 |
| G | 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 |

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

| | |
|---|---------------------|
| A | 生活機能全般を調べます |
| B | 運動器の機能を調べます |
| C | 必要な栄養がとれているかどうか調べます |
| D | 口腔内の状態を調べます |
| E | 閉じこもり気味かどうか調べます |
| F | 物忘れの可能性がないかどうか調べます |
| G | うつ病の可能性がないかどうか調べます |

※1の回答に○がついた人は、それぞれの分野での生活機能の低下が考えられます。府中市地域包括支援センターへご相談ください。