

介護予防チェックリスト

黒の鉛筆またはボールペンで質問項目（太枠内）の当てはまる欄を○で囲んでください。

氏名	電話番号	-	-	記入日	平成	年	月	日	
1	バスや電車または車で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
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
11	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	身長	cm	体重	kg	わからなければ未記入で構いません				
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
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	(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
26	あなたは、趣味活動や健康作り活動でしてみたいと思うものはありますか（複数回答可）								
	1. 食事やおしゃべり・レクリエーションを楽しむ活動		2. 踊りや歌、演劇等を練習し、発表する活動						
	3. 町の清掃・美化(花や緑でいっぱいにする)活動		4. 支援の必要な高齢者への訪問活動						
	5. 手芸や焼き物等を作る活動		6. 囲碁・将棋・麻雀等、ゲームを楽しむ活動						
	7. 旅行計画を立ててグループで旅行する活動		8. 散歩やウォーキング、体操等健康づくりの活動						
	9. 老人クラブ活動		10. 何も参加したいとは思わない						
27	普段ご自分で健康だと思いますか								
	1. とても健康		2. まあまあ健康		3. 普通		4. あまり健康でない		5. 健康でない
28	現在、病院・医院（診療所、クリニック）に通院していますか							1.はい	0.いいえ