

生活機能評価基本チェックリスト（ / ）健診実施機関名

カナ氏名		医師氏名	
------	--	------	--

質問内容	配点	今回	前回	前々回
1. バスや電車で1人で外出していますか	10			
2. 日用品の買物をしていますか				
3. 預貯金の出し入れをしていますか				
4. 友人の家を訪ねていますか				
5. 家族や友人の相談にのっていますか				
6. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				
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				
8. 15分位続けて歩いていますか				
9. この1年間に転んだことがありますか				
10. 転倒に対する不安は大きいですか				
11. 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	5			
12. 身長 cm 体重 kg (BMI=)				
13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか				
14. お茶や汁物等でむせることがありますか				
15. 口の渇きが気になりますか				
16. 週に1回以上は外出していますか	4			
17. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか				
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言われますか				
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				
20. 今日が何月何日かわからない時がありますか	5			
21. (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない				
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				
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				
24. (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない				
25. (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする				

生活機能低下の有無 有りなら以下の項目へ

生活機能評価の結果 1	生活機能評価の結果 2 (医学的な理由により不適当な介護予防プログラム)
1:介護予防事業の利用が望ましい	1:すべて
2:医学的な理由により次の介護予防の利用は不適当	2:運動器の機能向上
3:生活機能の低下なし	3:栄養改善
	4:口腔機能の向上
	5:その他 (上記で2を選択したときに記載)

生活機能評価の結果 3 (生活機能評価の結果 2 で 5 を選択したとき、または複数の理由を記載する場合)

医師の診断 (判定) (生活機能評価)