

事業所名 _____

項目	番号	確認内容	評価尺度	小計	
				事前	事後
生活機能	1	バスや電車で一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	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい 1:いいえ		
	生活機能 小計				
運動機能	4	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		
	5	椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっていますか	0:はい 1:いいえ		
	6	15分くらい続けて歩いていますか	0:はい 1:いいえ		
	7	この一年間に転んだことがありますか	1:はい 0:いいえ		
	8	転倒に対する不安は大きいですか	1:はい 0:いいえ		
運動機能 小計					
栄養改善	9	肥満度(BMI)は、18.5未満ですか ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	1:はい 0:いいえ		
口腔機能	10	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	1:はい 0:いいえ		
	11	口の渇きが気になりますか	1:はい 0:いいえ		
閉じこもり	12	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		
認知機能	13	いつも同じ事を聞くなどの物忘れがありますか	1:はい 0:いいえ		
うつ	14	(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		
	15	(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		

「事前・事後」チェックリスト実施数(人)

比率	改善	
	維持	
	悪化	
	計	