記入日：　　　　年　　月　　日

生活機能チェック調査表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質問項目 | 回答：いずれかに○をお付けください |
| 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ら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２～３㎏以上の体重減少がありましたか | １.はい | ０.いいえ |
| １２ | 身長、体重をご記入ください。（おおよその数値でご記入ください。）身長　　　　　㎝　　体重　　　　　㎏　 |
| 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 |
| 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言われますか | 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 | 今日が何月何日か分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 |

　　　　　　　　　　　　　名前