回答欄の「はい」または「いいえ」の前にある数字(0か1)を得点欄に記入してください。

No.	質問項目	回答		得点	
暮らし そのび 1	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	
No. 1~5の合計					
運動機能	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	
No. 6~10の合計				→3点以上	
栄養・口腔機能等の関係	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	BMIが18.5未満ですか *下の式に数字を入れて計算しましょう。身長はm(メートル)です。 BMI = 体重()kg ÷ 身長()m ÷ 身長()m = ()	1 はい	0 いいえ	
	No. 11~12の合計				→2点以上
	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		
No. 13~15の合計				→2点以上	
暮らし そのび 2	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云わ	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	
No.1~20までの合計				→20点以上	
暮らし	ここ2週間のことについて				
	21	毎日の生活に充実感がない	1 はい	0 いいえ	
	22	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	以前は楽に出来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	自分が役に立つ人間だと思えない	1 はい	0 いいえ	
25	わけもなく疲れたような感じがする	1 はい	0 いいえ		
No. 21~25の合計				→2点以上	

☆基本チェックリストの結果の見方
基本チェックリストの結果が、下記に該当するときは、介護予防事業を利用して、要介護状態にならないようにすることが大切です。地域包括支援センターにご相談ください。

- 項目 6~10 の項目の合計が3点以上
- 項目 11~12 の項目の合計が2点
- 項目 13~15 の項目の合計が2点以上
- 項目 1~20 の項目の合計が10点以上
- 項目 21~25 の項目の合計が2点以上