

転倒リスク評価表

項 目	配 点	
	1	0
1 過去1年に転んだことがありますか (転倒回数 回)	はい	いいえ
2 つまづくことがありますか	はい	いいえ
3 手すりにつかまらず、階段の上り下りができますか	はい	いいえ
4 歩く速度が遅くなってきましたか	はい	いいえ
5 横断歩道を青のうちに渡り切れますか	はい	いいえ
6 1キロメートルぐらい続けて歩けますか	はい	いいえ
7 片足で5秒くらい立っていられますか	はい	いいえ
8 杖を使っていますか	はい	いいえ
9 タオルを固く絞れますか	はい	いいえ
10 めまい、ふらつきがありますか	はい	いいえ
11 背中が丸くなってきましたか	はい	いいえ
12 膝が痛みますか	はい	いいえ
13 目が見えにくいですか	はい	いいえ
14 耳が聞こえにくいですか	はい	いいえ
15 もの忘れが気になりますか	はい	いいえ
16 転ばないかと不安になりますか	はい	いいえ
17 毎日お薬を5種類以上飲んでいますか	はい	いいえ
18 家の中で歩くとき暗く感じますか	はい	いいえ
19 廊下、居間、玄関によけて通るものが置いてありますか	はい	いいえ
20 家の中に段差がありますか	はい	いいえ
21 階段を使わなくてはなりませんか	はい	いいえ
22 生活上、家の近くの急な坂道を歩きますか	はい	いいえ
合計		
<p>5、6、7、9は「いいえ」を、それ以外は「はい」を 1点とし、10点以上が転倒のハイリスク。</p>		