

## 各務原市フレイルチェック（記述測定）

1

記入日 年 月 日

住所	各務原市			
ふりがな		生年月日	大・昭	年 月 日
氏名		電話番号	—	—

Q. フレイルについて知っていますか 以前より知っている・本日参加して知った・よくわからない

ポイント	NO.	質 問	回 答	
健康状態	Q 1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい まあよい ふつう	あまり よくない よくない
	Q1-1	ご自身でフレイルと感じていますか	感じている・感じていない よくわからない	
心の健康状態	Q 2	毎日の生活に満足していますか	満足 やや満足	やや不満 不満
食習慣	Q 3	1日3食きちんと食べていますか	はい	いいえ
	Q3-1	食べる楽しみを感じていますか	はい	いいえ
	Q3-2	たんぱく質（主菜）のある食事を1日2回以上食べていますか 主菜の例：魚、肉、卵、豆腐を使った料理など	はい	いいえ
口腔の機能	Q 4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 固いものの例：さきいか、たくあんなど	いいえ	はい
	Q 5	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい
体重の変化	Q 6	6か月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい
運動・転倒	Q 7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	いいえ	はい
	Q 8	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい
	Q 9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい	いいえ
認知機能	Q 10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	いいえ	はい
	Q 11	今日が何月何日か分からない時がありますか	いいえ	はい
喫煙	Q 12	あなたはたばこを吸いますか (加熱式たばこや電子たばこを含む)	吸っていない やめた	吸っている
社会参加	Q 13	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	Q 14	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか	はい	いいえ
周囲の支援	Q 15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	はい	いいえ