

フレイルチェックアンケート

| | | | |
|--------|--------------------------------------|----------------------|-------------------|
| 健康状態 | あなたの現在の健康状態はいかがですか？ | ①良い ③ふつう ⑤よくない | ②まあよい ④あまりよくない |
| 心の健康状態 | 毎日の生活に満足していますか？ | ①満足 ③やや不満 | ②やや満足 ④不満 |
| 食習慣 | 1日3食きちんと食べていますか？ | ①はい | ②いいえ |
| 口腔機能 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？※さきいか、たくあんなど | ①はい | ②いいえ |
| | お茶や汁物等でむせることはありますか？ | ①はい | ②いいえ |
| 体重変化 | 6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか？ | ①はい | ②いいえ |
| 運動・転倒 | 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか？ | ①はい | ②いいえ |
| | この1年間に転んだことがありますか？ | ①はい | ②いいえ |
| | ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか？ | ①はい | ②いいえ |
| 認知機能 | 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？ | ①はい | ②いいえ |
| | 今日が何月何日かわからない時がありますか？ | ①はい | ②いいえ |
| 喫煙 | あなたはたばこを吸いますか？ | ①吸っている ③やめた | ②吸っていない |
| 社会参加 | 週に1回以上は外出していますか？ | ①はい | ②いいえ |
| | ふだんから家族や友人との付き合いがありますか？ | ①はい | ②いいえ |
| 周囲の支援 | 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか？ | ①はい | ②いいえ |

※ご記入いただいた個人情報や回答につきましては、本事業以外では利用いたしません。

ただし、後期高齢者保健事業に関わる関係機関（地域包括支援センター等）と情報を共有する場合がございますので、あらかじめご了承ください。