

質問票「フレイルチェック」

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日
氏名			
住所	愛西市	電話番号	() -

	質問文	回答選択肢
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
4	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
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ
6	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
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	①はい ②いいえ
8	この一年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
9	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
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	①はい ②いいえ
11	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
12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
13	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ
15	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

この質問票は高齢者の特性を踏まえて健康状態を総合的に把握する目的で実施しています。回答が赤字の項目に注意が必要です。

赤字の回答が4項目以上だとフレイルのおそれがあり、3項目以下の場合と比べて追跡した結果要介護の新規認定率が2.5倍という調査もあります。フレイルや要介護状態となることを予防するため、赤字の項目を一つずつ黒字に改善出来るよう健康づくりに取り組んでいきましょう。