

本人控え

フレイル予防のための15の質問結果票

記入日: 令和 年 月 日

氏名: _____ 性別: 男 ・ 女

生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日(歳)

住所: 松江市

電話番号: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

質問		回答		
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない	健康状態
2	毎日の生活に満足していますか	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足	<input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満	心の健康状態
3	1日3食きちんと食べていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	食習慣
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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	口腔機能
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	体重変化
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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	運動・転倒
8	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	認知機能
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
12	あなたはたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸っている	<input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸っていない	喫煙
13	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	社会参加
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	ソーシャルサポート

色付き枠のチェックの数	フレイル判定
0個	フレイルには該当しません。
1~3個	フレイルに要注意です。
4個以上	フレイルに該当します。

色付き枠の中の☑を数えてみましょう。

チェックの数

個

チェックの数が多いほどフレイルのリスクが高くなります。1つでも減らせるよう自分の生活を見直し、フレイル予防(※裏面参照)に取り組みましょう。

健康づくりや介護予防のご案内を松江市、地域包括支援センターからご連絡することができます。