

あなたも、



# フレイルチェック

してみましょう!

体重が減ったり、歩くのが遅くなったりしたら、フレイルかもしれません。自分の状態をチェックしてみましょう。

フリガナ		生年月日		年齢	歳
氏名		電話番号			
住所	〒	介護認定	無 ・ 有 ( )		

① あなた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
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
③ あなたは、たばこを吸いますか	吸っていない やめた	吸っている
④ 1日3食きちんと食べていますか。	はい	いいえ
⑤ 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	いいえ	はい
⑥ お茶や汁物等でむせることがありますか。	いいえ	はい
⑦ 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
⑧ 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
⑨ この1年間に転んだことがあります	いいえ	はい
⑩ ウォーキング等の運動を週1回以上していますか。	はい	いいえ
⑪ 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いわれていますか。	いいえ	はい
⑫ 今日が何月何日かわからないときがありますか。	いいえ	はい
⑬ 週に1回以上は外出していますか。	はい	いいえ
⑭ 普段から家族や友人と付き合いがありますか。	はい	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。	はい	いいえ

参考：1) 後期高齢者の質問票、2) 日本における高齢者を対象とした健康診査で使用される健康評価質問票の妥当性

④~⑮において、右の選択肢に4つ以上該当する場合は、フレイル外来事業の対象となります。

フレイル外来事業については、南あわじ市地域包括ケア推進課 ☎ 43-5237 までお問い合わせください。

