

## あなたの健康状態をチェック（フレイル自己チェック票）

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）  
 ご住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

調べる内容	No	質 問	あなたの状態
健康状態	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
心の健康状態	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
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
お口の機能	4	半年前に比べて固いものが 食べにくくなりましたか	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
体重の変化	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
		身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI= _____) (注)	
運動 ・ 転倒	7	以前に比べて歩く速度が おそくなってきたと思いますか	①はい ②いいえ
	8	この1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
認知機能	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
喫煙	12	あなたはタバコを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
社会参加	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
周囲の支援 (ソーシャルサポート)	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

出典：厚生労働省「後期高齢者の質問票」

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

### 指輪っかテスト



1. 囲めない



2. ちょうど囲める



3. 隙間ができる

裏面に【お問合せ・相談先】があります→