

フレイル状態チェックシート

名前		性別	男性 女性
年齢	歳(西暦) 年生まれ	同居家族	あり・なし
活動	ボランティア / スポーツ関係のグループやクラブ / 趣味関係のグループ / 学習・教養サークル / 町内会・自治会活動 / 就労 / 友人と交流 / 老人クラブ/介護予防教室		
身長	cm	体重	kg
現病歴	高血圧 / 糖尿病 / 脂質異常症 / 脳疾患 / 心臓病 / 腎臓病 骨・筋肉・関節の痛み / 認知症 / その他 ()		

① 指輪つかテスト

利き足ではない方のふくらはぎの一番太いところを両手の親指と人差し指でつくった「指輪つか」で囲みます。

次の3つのうち当てはまるものを○で選びます



1 囲めない 2 ちょうど囲める 3 すきまができる

② 次の1~8の質問でそれぞれあてはまるもの1つに○をつけてください

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	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
5	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
6	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	
7	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
8	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

③ 次の1～29の質問で それぞれあてはまるもの1つに○をつけてください

1	バスや電車で1人で外出していますか	① はい	② いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	① はい	② いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	① はい	② いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	① はい	② いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	① はい	② いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	① はい	② いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	① はい	② いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	① はい	② いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	① はい	② いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	① はい	② いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	① はい	② いいえ
12	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
13	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
14	口の渇きが気になりますか	① はい	② いいえ
15	週に1回以上は外出していますか	① はい	② いいえ
16	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	① はい	② いいえ
17	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ますか	① はい	② いいえ
18	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	① はい	② いいえ
19	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
20	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	① はい	② いいえ
21	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	① はい	② いいえ
22	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	① はい	② いいえ
23	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	① はい	② いいえ
24	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	① はい	② いいえ
25	1週間に1度以上、軽い運動・体操をしていますか	① はい	② いいえ
26	1週間に1度以上、定期的な運動・スポーツをしていますか	① はい	② いいえ

27	あなたは、自分に仲間付き合いがないと感じることがありますか	1.ほとんど ない	2.たまに ある	3.よくある
28	あなたは、疎外されていると感じることがありますか	1.ほとんど ない	2.たまに ある	3.よくある
29	あなたは、他の人から孤立していると感じることがありますか	1.ほとんど ない	2.たまに ある	3.よくある