フレイル状態チェックシート実施結果集計票

北区は20

北区第１：57
北区第２：58
北区第３：59

生年月日を入力してください。

YYYY-MM-DDのように表示されます。
（例）2023-04-01

同居家族が**いない場合は０**
同居家族が**いる場合は１**
を入力してください。

0001から連番で入力する（対象者１人につき１の番号とする）

	区番号	センター番号	個別番号	生年月日（西暦）	有効期間始期	有効期間終期	実施年月日（西暦）	初回or評価	性別	同居家族	介護度	アプローチの方法	支援内容	障害高齢者の日常生活自立度（調査員）	認知症高齢者の日常生活自立度（調査員）
1	20														
2	20														
3	20														
4	20														
5	20														
6	20														
7	20														
8	20														
9	20														
10	20														
11	20														
12	20														
13	20														
14	20														
15	20														
16	20														
17	20														
18	20														
19	20														
20	20														

障害高齢者の日常生活自立度（主治医意見書）	認知症高齢者の日常生活自立度（主治医意見書）	更新有無（有効期間終期を迎えるまでは空欄）	認定更新日	更新結果	認定申請した理由1	認定申請した理由2	認定申請した理由3	認定申請した理由4	認定申請した理由（その他の詳細）	サービス未利用の理由１

それぞれ該当する場合は１を入力してください。
※実施年月日を入力すると自動で0が入力されるようになっています。

それぞれ該当する場合は１を入力してください。
※実施年月日

				現病歴							
サービス未利用の理由２	サービス未利用の理由３	サービス未利用の理由４	サービス未利用の理由（その他の詳細）	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

センター名　北区

小数点第１位を四捨五入して**整数値で**入力してください。

	活動の有無											1			
その他	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	友人との交流	老人クラブ	介護予防教室	身長（cm）	体重（kg）	指輪っか	1 あなたの現在の健康状態はいかがですか 回答：1～5	2 毎日の生活に満足していますか 回答：1～4	3 一日3食きちんと食べていますか 回答：1～2

小数点第１位を四捨五入して**整数値で**入力してください。

チェックシートの結果に応じて**１，２，３いずれかの数字を入力**してください。

チェックシートの結果に応じて**数字を入力**してください。
※以降の列も同様

菊　地域包括支援センター

2															
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 回答：1～2	5 ウォーキング等の運動を週1回以上していますか 回答：1～2	6 あなたはたばこを吸いますか 回答：1～3	7 ふだんから家族や友人と付き合いがありますか 回答：1～2	8 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか 回答：1～2	1 バスや電車で1人で外出していますか 回答：1～2	2 日用品の買い物をしていますか 回答：1～2	3 預貯金の出し入れをしていますか 回答：1～2	4 友人の家を訪ねていますか 回答：1～2	5 家族や友人の相談にのっていますか 回答：1～2	6 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか 回答：1～2	7 椅子に座った状態から何もつかまらずにたちあがっていますか 回答：1～2	8 15分くらい続けて歩いていますか 回答：1～2	9 この1年間に転んだことはありますか 回答：1～2	10 転倒に対する不安は大きいですか 回答：1～2	11 6か月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか 回答：1～2

3

12 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 回答：1～2	13 お茶や汁物等でむせることがありますか 回答：1～2	14 口の渇きが気になりますか 回答：1～2	15 週に1回以上は外出していますか 回答：1～2	16 昨年と比べて外出の回数が減っていますか 回答：1～2	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いわれますか 回答：1～2	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 回答：1～2	19 今日が何月何日かわからない時がありますか 回答：1～2	20 （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない 回答：1～2	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 回答：1～2	22 （ここ2週間）以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる 回答：1～2	23 （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない 回答：1～2	24 （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする 回答：1～2	25 1週間に1度以上、軽い運動・体操をしていますか 回答：1～2	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 回答：1～2	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 回答：1～3

28 あなたは、疎外されていると感じることがありますか 回答：1〜3	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 回答：1〜3