

各務原市フレイルチェック（記述測定）

1

記入日 年 月 日

住所	各務原市			
ふりがな		生年月日	大・昭 年 月 日	
氏名		電話番号	— —	
ポイント	NO.	質 問	回 答	
フレイル	Q	フレイルについて知っていますか	以前より知っている 本日参加して知った よくわからない	
健康状態	Q 1	あなたの現在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
	Q1-1	ご自身でフレイルと感じていますか	感じている ・ 感じていない よくわからない	
心の健康状態	Q 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
食習慣	Q 3	1日3食きちんと食べていますか	はい	いいえ
	Q3-1	食べる楽しみを感じていますか	はい	いいえ
	Q3-2	たんぱく質（主菜）のある食事を1日2回以上食べていますか 主菜の例：魚、肉、卵、豆腐を使った料理など	はい	いいえ
口腔の機能	Q 4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 固いものの例：さきいか、たくあんなど	いいえ	はい
	Q 5	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい
体重の変化	Q 6	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
		※はいの場合：医師の指示により体重を減らした	はい ・ いいえ	
運動・転倒	Q 7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきましたか	いいえ	はい
	Q 8	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい
	Q 9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい	いいえ
認知機能	Q 1 0	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	いいえ	はい
	Q 1 1	今日が何月何日か分からない時がありますか	いいえ	はい
喫煙	Q 1 2	あなたはたばこを吸いますか (加熱式たばこや電子たばこを含む)	吸っていない やめた	吸っている
社会参加	Q 1 3	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	Q 1 4	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか	はい	いいえ
周囲の支援	Q 1 5	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

市民の健康増進やフレイル予防のため、ご記入いただいた情報を、市保健師等からのお電話や訪問に利用させていただく場合がございますので、ご了承ください。また、フレイルチェック結果については、市でデータを処理し、フレイル予防事業等の企画・立案に活用させていただきます。なお、個人情報に関することが公表されることはありません。