

# 後期高齢者の質問票(フレイルチェック)

番号	質問項目	回答 (いずれかに○)
1	あなた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	半年前に比べて固いもの※が食べにくくなりましたか？ ※ さきいか、たくあん など	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
6	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
7	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
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
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言われていませんか？	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
12	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
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
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