

フレイル簡易チェックリスト

※「はい」「いいえ」で答えてもらってください。

利用者さま氏名： _____

チェック担当者： _____

	NO.	質問内容	はい	いいえ
栄養チェック	①	同じような年齢の同性の方と比べて、健康に気を付けた食事ができていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②	メインとなる肉や魚料理に野菜をつけて毎日2回以上食事をしてしていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔のチェック	③	「たくあん」や「さきいか」などの硬さの食べ物でも噛み切れていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④	お茶や汁物を飲むとむせることがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動のチェック	⑤	1回に30分以上汗をかくほどの運動を週2回以上行い、1年以上続けられていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥	1日に1時間以上ウォーキングやその他同じような運動量の運動をしていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦	同じような年齢の同性の人と比べても歩く速さは早い方ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会参加のチェック	⑧	昨年と比べて外出の機会が減っていると思いますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨	1日に1回以上は誰かと一緒に食事ができていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑩	自分は活気があるほうだと思いますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑪	何よりも物忘れが気になりますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			個	個