

フレイル健康チェックシート



まずは赤枠の中を記入！
記入したら実施機関に持っていきこう！



実施機関一覧はこちら→

この結果は、岡山市及びフレイルチェック実施機関において適切に保管します。
岡山市の事業や統計・調査研究などに活用しますので、同意される方はご記入ください。

記入日	年	月	日	性別	男	・	女
ふりがな				電話番号			
氏名							
住所〒	岡山市						
生年月日	大正・昭和	年	月	日	(歳)	

以下の太枠の中をご記入ください。（「はい」が「いいえ」どちらかに○をつけてください。）

日常生活活動チェック () 点

①	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
②	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
③	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
④	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
⑤	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ

運動機能チェック ※3点以上で運動に該当 () 点

⑥	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
⑦	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
⑧	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
⑨	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
⑩	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ

栄養チェック ※2点以上で栄養に該当 () 点

⑪	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
⑫	体重 <input type="text"/> kg 身長 <input type="text"/> cm (BMI =)	1. はい	0. いいえ

※(基準値) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合は、「1. はい」を選択。

口の機能チェック ※2点以上で口腔に該当 () 点

⑬	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	0. いいえ
⑭	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
⑮	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ

閉じこもりチェック ※⑯の回答が「いいえ」で閉じこもりに該当 () 点

⑯	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
⑰	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ

物忘れチェック ※1点以上で物忘れに該当 () 点

⑱	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
⑲	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	0. はい	1. いいえ
⑳	今日が何月何日がわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ

こころの健康チェック ※2点以上でこころに該当 () 点

㉑	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
㉒	(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	0. いいえ
㉓	(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	0. いいえ
㉔	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
㉕	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

↓実施機関記入欄 結果・判定 総合点数 点

0～3点	特に問題はありません。1年に1回はフレイルチェックを受けましょう。
4～7点	フレイルにならないよう、生活習慣を見直しましょう。
8点以上	要介護状態にならないよう、介護予防に取り組んでください。 個々の状態に応じた、専門職の指導を受けることをお勧めします。

介護保険サービスの利用	有・無	個別指導の希望	有・無
-------------	-----	---------	-----

計測

握力測定	右手(.)kg 左手(.)kg	基準値を満たす	基準値を満たさない
------	---------------------	---------	-----------

※(基準値) 男性28kg以上、女性18kg以上は、「基準値を満たす」を選択。

指導内容

1) 第1の矢 (栄養)	6) その他
2) 第2の矢 (体力)	
3) 第3の矢 (社会参加)	
4) 別紙資料 (口腔)	
5) いずれにも該当要素なし	

実施機関名	チェック実施者名

実施機関は本シート(原本)を岡山市まで送付してください。ご本人用・実施機関用はコピーをお願いします。