

実施日： 年 月 日 氏名

№ 1 ～ 25 以下の質問の「はい」「いいえ」の当てはまる方に○をつけてください。

| №                | 質 問                                                                                                                                                                                                                                                           | 回 答 |     |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1                | バスや電車で、1人で外出していますか                                                                                                                                                                                                                                            | はい  | いいえ |
| 2                | 日用品の買い物をしていますか                                                                                                                                                                                                                                                | はい  | いいえ |
| 3                | 預貯金の出し入れをしていますか                                                                                                                                                                                                                                               | はい  | いいえ |
| 4                | 友人の家を訪ねていますか                                                                                                                                                                                                                                                  | はい  | いいえ |
| 5                | 家族や友人の相談にのっていますか                                                                                                                                                                                                                                              | はい  | いいえ |
| 6                | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか                                                                                                                                                                                                                                         | はい  | 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                                                                                                                                                                                                                                  | はい  | いいえ |
| 8                | 15分位続けてあるいていますか                                                                                                                                                                                                                                               | はい  | いいえ |
| 9                | この一年間に転んだことがありますか                                                                                                                                                                                                                                             | はい  | いいえ |
| 10               | 転倒に対する不安は大きいですか                                                                                                                                                                                                                                               | はい  | いいえ |
| 11               | 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか                                                                                                                                                                                                                                      | はい  | いいえ |
| 12               | 身長・体重をお書きください<br>身長... ( ) c m 体重... ( ) k g                                                                                                                                                                                                                  |     |     |
| 13               | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか                                                                                                                                                                                                                                       | はい  | いいえ |
| 14               | お茶や汁物等でむせることがありますか                                                                                                                                                                                                                                            | はい  | いいえ |
| 15               | 口の渇きが気になりますか                                                                                                                                                                                                                                                  | はい  | いいえ |
| 16               | 週に1回以上は外出していますか                                                                                                                                                                                                                                               | はい  | いいえ |
| 17               | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか                                                                                                                                                                                                                                           | はい  | いいえ |
| 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                                                                                                                                                                                                                              | はい  | 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                                                                                                                                                                                                                                   | はい  | いいえ |
| 20               | 今日が何月何日かわからない時がありますか                                                                                                                                                                                                                                          | はい  | いいえ |
| 21               | (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない                                                                                                                                                                                                                                          | はい  | 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                                                                                                                                                                                                                              | はい  | 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                                                                                                                                                                                                                            | はい  | いいえ |
| 24               | (ここ2週間) 自分が役に立つだと思えない                                                                                                                                                                                                                                         | はい  | 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                                                                                                                                                                                                                                      | はい  | いいえ |
| 26               | 自分の健康状態をどう思いますか？<br><input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない                                                                                     |     |     |
| 初<br>回<br>の<br>み | 誰からの勧めで参加しましたか？（複数回答可）<br><input type="checkbox"/> フレイルチェック <input type="checkbox"/> あんしんすこやかセンター <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 家族<br><input type="checkbox"/> 自分で調べた <input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |     |