

## フレイル予防に関するアンケート【後期高齢者の質問票】

この質問票は、高齢者の特性を踏まえ、健康状態を総合的に把握する目的で実施するものです。  
 まずは、ご自身の状態を確認してみましょう！

全ての回答が左側になるよう、  
 定期的にチェックしましょう😊

		質 問	回 答 (☑をつけてください)	
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	<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
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足	<input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
口腔機能	4	半年前に比べて、さきいかやたくあん等の固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
体重変化	6	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
運動・転倒	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	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	8	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
運 動	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
認知機能	10	周りの人から「いつも同じことを聞く」等の物忘れがあるとされていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
喫 煙	12	あなたはたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた	<input type="checkbox"/> 吸っている
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	14	普段から家族や友人と付き合いがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ソーシャルサポート	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ