

フレイル予防のエッセンス

ご自身の状態を知るのに役に立つチェックリストです。定期的にチェックしましょう！

※右側の回答が増えるほどフレイル度が高くなる状態です。

すべての回答が左側になるように生活習慣を見直すことをお勧めします。

| | | | | |
|-----------|----|-------------------------------------|-------------------|-----------------|
| 健康状態 | 1 | あなたの現在の健康状態はいかがですか | よい まあよい ふつう | あまりよくない 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 | 満足 やや満足 | やや不満 不満 |
| 食習慣 | 3 | 1日3食きちんと食べていますか | はい | いいえ |
| 口腔機能 | 4 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | いいえ | はい |
| | 5 | お茶や汁物等でむせることがありますか | いいえ | はい |
| 体重変化 | 6 | 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか | いいえ | 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 | いいえ | はい |
| | 8 | この1年間に転んだことがありますか | いいえ | はい |
| | 9 | ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか | はい | いいえ |
| 認知機能 | 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されていますか | いいえ | はい |
| | 11 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | いいえ | はい |
| 喫煙 | 12 | あなたはたばこを吸いますか | 吸っていない やめた | 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 | はい | 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 | はい | 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 | はい | いいえ |