

フレイルリスク度セルフチェック

以下の設問に答えて、「はい」または「いいえ」を選択してください。

| | | | | | |
|----|----|--|-----|--------------------------|--------------------------|
| 体力 | 1 | この一年間に転んだことがありますか | いいえ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 2 | 1kmぐらいの距離を不自由なく続けて歩くことができますか | はい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3 | 目は普通に見えますか（注:眼鏡を使った状態でもよい） | はい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 4 | 家の中でよくつまづいたり、滑ったりしますか | いいえ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 5 | 転ぶことが怖くて外出を控えることがありますか | いいえ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 6 | この一年間に入院したことがありますか | いいえ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 栄養 | 7 | 最近、食欲はありますか | はい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 8 | 現在、たいてい物は噛んで食べられますか（注:入れ歯を使ってもよい） | はい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 9 | この6か月間に3kg以上の体重減少がありましたか | いいえ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 10 | この6か月間に、以前に比べてからだの筋肉や脂肪が落ちてきたと思いますか | いいえ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 社会 | 11 | 一日中家の外には出ず、家の中で過ごすことが多いですか | いいえ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 12 | ふだん、2～3日に1回程度は外出します （注:庭先のみやゴミ出し程度の外出は含まない） | はい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 13 | 家の中あるいは家の外で、趣味・楽しみ・好きでやっていることがありますか | はい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 14 | 親しくお話ができる近所の方はいますか | はい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 15 | 近所の人以外で、親しく行き来するような友達、別居家族または親戚はいますか | はい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

チェック結果

点

黒枠内の合計が4点以上の場合は要注意です。フレイル予防を始めましょう。（○1つにつき1点）

（出典:東京都健康長寿センター研究所）