

フレイルをチェックしてみよう！能代市 高齢者の質問票

圏域(本庁 ・ 北 ・ 南 ・ ニツ井)

住所	能代市			電話番号			
ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	大正	年	月
氏名					昭和		日
							歳

回答欄の該当する番号を○で囲んでください。

質 問 項 目		回 答 欄	
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	1 よい 3 ふつう 5 よくない	2 まあよい 4 あまりよくない
2	毎日の生活に満足していますか。	1 満足 3 やや不満	2 やや満足 4 不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	1 はい	2 いいえ
4	半年前に比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか。 ※ さきいか、たくあん など	1 はい	2 いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1 はい	2 いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1 はい	2 いいえ
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。	1 はい	2 いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	1 はい	2 いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	1 はい	2 いいえ
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。	1 はい	2 いいえ
11	今日が何月何日か分からない時がありますか。	1 はい	2 いいえ
12	あなたはタバコを吸いますか。	1 吸っている 2 吸っていない 3 やめた	
13	週に1回以上は外出していますか。	1 はい	2 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。	1 はい	2 いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	1 はい	2 いいえ