

福山市フレイル質問票



フレイル予防ローラ

■太枠の中を記入してください。

実施日	令和 西暦	年	月	日	実施場所			
フリガナ					性別	男・女	電話番号	() -
名前								
住所	福山市	町	丁目	番	号	番地		
生年月日	大正・昭和 西暦	年	月	日	()	歳		

■フレイルかどうかに気づくための質問です。当てはまるものに○をつけてください。

	質問文	回答
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	① よい ② まあよい ③ ふつう ④ あまりよくない ⑤ よくない
2	毎日の生活に満足していますか	① 満足 ② やや満足 ③ やや不満 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（さきいか、たくあんなど）が食べにくくなりましたか	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か月間で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	今日が何月何日かわからない時がありますか	① はい ② いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	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（通院等での外出を含む）	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
16	フレイルという言葉の意味を知っていますか	① 知っている ② 知らない

- ・この質問票は、福山市及び本事業を実施した事業所で保管し、保健事業の目的以外には使用しません。
- ・この質問票をもとに、福山市から連絡させていただく場合があります。

(スタッフ記入欄)

助言内容	<input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> オーラルフレイル予防 <input type="checkbox"/> 社会参加	事業所・担当者名
	<input type="checkbox"/> 認知症予防 (特記事項:)	
	<input type="checkbox"/> 受診勧奨 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターへの連携 (同意あり)	