

No.

各設問で該当する回答に1つ〇をつけてください。

健康・フレイルチェック票		氏名	(記入日) 令和6年 月 日	
No.	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	よい・まあよい ・ ふう	あまりよくない ・ よくない	
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	
3	1日3食きちんと食べていますか	はい	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	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	
6	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい	
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	
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言われているですか	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	
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	
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	
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		

ご記入ありがとうございました。スタッフが訪問に伺った際にお渡しく下さい。