

質 問 票

実施日 令和 年 月 日

実施場所

(フリガナ) 氏名	()	生年月日	大・昭 年 月 日	性別	1 男 2 女
--------------	-----	------	--------------	----	------------

あなたの健康状態について、あてはまる番号を 1 つ選んで○をつけてください。

質問 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
質問 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
質問 3	1 日 3 食きちんと食べていますか	1. はい 2. いいえ
質問 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
質問 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
質問 6	6 カ月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか	1. はい 2. いいえ
質問 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
質問 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
質問 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
質問 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
質問 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
質問 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
質問 13	週に 1 回以上は外出していますか	1. はい 2. いいえ
質問 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
質問 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

※裏面にも記入をお願いします。

フレイルチェック票

A1	口がかわきやすいですか		1. はい	2. いいえ
A2	舌がもつれる（しゃべりにくい）ことがありますか		1. はい	2. いいえ
A3	最近の1週間をふりかえって、次の食品をほぼ毎日食べていますか？ ほぼ毎日食べている場合は番号に○をつけてください。			
	1	肉（肉、加工品）	6	緑黄色野菜（にんじん、青菜など）
	2	魚（魚、加工品）	7	海藻（わかめ、ひじきなど）
	3	卵（魚の卵を除く）	8	いも（じゃがいも、さつまいもなど）
	4	大豆・大豆製品（豆腐、納豆など）	9	果物（りんご、みかんなど）
	5	牛乳（牛乳、ヨーグルトなど）	10	油を使った料理（炒め物、揚げ物など）
	○がついた数（ ）こ（全ての番号に「○がついた場合は「10こ」）			
A4	毎食（朝・昼・夕）、たんぱく質を多く含む食品（肉、魚、卵、大豆製品、牛乳・乳製品）を食べていますか		1. はい	2. いいえ
A5	ペットボトルのふたを開けるのが大変ですか		1. はい	2. いいえ

御回答ありがとうございました。

※回答内容について、個人が特定されない形で、町全体の把握及び課題分析のために、データ使用することをご了承ください。

市 町 記 入 欄	作成日	(西暦)	年	月	日	
	保険者番号	3 9 2 8 				
	※後期は8桁、国保は「28」で始まる6桁(右詰め)					
	被保険者証番号	 				
		※後期は8桁、国保は7桁(左詰め)			(枝番) 	
		※国保のみ使用				