

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"/>	はい
	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"/>	いいえ
	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"/>	いいえ
	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"/>	はい
	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"/>	はい
	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"/>	はい
栄養	7	最近、食欲はありますか	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	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"/>	いいえ
	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"/>	はい
	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"/>	はい
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"/>	はい
	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"/>	いいえ
	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"/>	いいえ
	14	親しくお話ができる近所の方はいますか	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	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"/>	いいえ

チェック結果

点

黒枠内の合計が4点以上の場合には要注意です。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)