

# 自分の状態を確認してみましょう

## フレイルチェックリスト

すべての回答が左側の結果になるように、定期的にチェックしましょう。

項目	番号	質問内容	回答	
健康状態	Q1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい まあよい ふつう	あまりよくない よくない
心の健康状態	Q2	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
食習慣	Q3	1日3食きちんと食べていますか	はい	いいえ
口腔機能	Q4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
	Q5	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
体重変化	Q6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
運動・転倒	Q7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	はい	いいえ
	Q8	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
	Q9	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
認知機能	Q10	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いわれていますか	はい	いいえ
	Q11	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
喫煙	Q12	あなたはたばこを吸いますか	吸っていない	吸っている
社会参加	Q13	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	Q14	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
ソーシャルサポート	Q15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	はい	いいえ

出典：厚生労働省「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」（令和元年度10月）