

豊山町フレイルチェック

フレイル（虚弱）
を防いで
いきいき元気！



豊山町マスコットキャラクター 地空人くん

氏名		生年月日		連絡先電話番号	
様		昭和 年 月 日			
住所	豊山町			家族構成	1. 独居 2. 65歳以上のみの世帯 3. その他

この票は、あなた自身の健康に役立てるため、および地域の健康づくりのため、あなたのフレイル（虚弱）さをチェックしていただくものです。あなたの普段の暮らしについて、以下の各問に、あてはまるもの（番号）に**1つずつ○**をつけてください。

問1. 健康状態

1	健康状態	1. よい 2. まあよい 3. 普通 4. あまりよくない 5. よくない			
2	この1年間で、入院したことがありますか	ない	ある		

問2. 視力と聴力

1	見えにくいですか（日常生活に支障がある）	いいえ	はい		
2	聞こえにくいですか（かなり大きな声なら何とか聞きとれる、またはそれ以下）	いいえ	はい		

問3. 社会参加

1	現在、収入を伴う仕事をしていますか	はい	いいえ		
2	健康づくりのため、町が行う運動や交流を目的とする教室、サロン（交流の場）に参加したいと思いませんか	はい	いいえ		
3	友人・知人と会う頻度はどれくらいですか	<input type="checkbox"/> 毎日ある	<input type="checkbox"/> 週に何回かある	<input type="checkbox"/> 月に何回かある	<input type="checkbox"/> ほとんどない

問4. フレイル（虚弱） ※同じような質問がありますが、それぞれにご回答ください。

1	週に1回以上、ウォーキング等の運動をしていますか	はい	いいえ		
2	週に1回以上、軽い運動・体操をしていますか	はい	いいえ		
3	週に1回以上、定期的な運動・スポーツをしていますか	はい	いいえ		
4	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか	はい	いいえ		
5	5分前のことが思い出せますか	はい	いいえ		

問5. 基本チェックリスト：高齢期の健康に関連が深いことについての総合的な質問です。

1	バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）			はい	いいえ
2	日用品の買物をしていますか			はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			はい	いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			はい	いいえ
7	いすに座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			はい	いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか			はい	いいえ
9	この1年間に転んだ事がありますか			はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			はい	いいえ
11	6カ月間で2kg以上の体重減少はありましたか			はい	いいえ
12	現在の身長・体重	身長	. cm	体重	. kg
13	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
14	お茶や汁物等でむせることはありますか			はい	いいえ
15	口の ^{かわ} 渇きが気になりますか			はい	いいえ
16	週に1回以上は外出していますか			はい	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			はい	いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあると言われますか			はい	いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			はい	いいえ
20	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
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			はい	いいえ
22	(ここ2週間) これまでに楽しんでやれたことが楽しめなくなった			はい	いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じる			はい	いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			はい	いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたように感じる			はい	いいえ

裏 面 へ 続 き ま す →

問6. 運動する力 ※実際行っていないなくても、できる場合、「はい」を選んでください

1	階段をあがったり、おりたりできる	はい	いいえ
2	階段をあがる時に、息切れしない	はい	いいえ
3	跳びあがることができる	はい	いいえ
4	走ることができる	はい	いいえ
5	歩いている他人を早足で追い越すことができる	はい	いいえ
6	30分以上歩き続けることができる	はい	いいえ
7	水がいっぱい入ったバケツを持ち運びできる	はい	いいえ
8	米の袋10キログラムを持ち上げることができる	はい	いいえ
9	倒れた自転車を起こすことができる	はい	いいえ
10	ジャムなどの広くちビンのふたを開けることができる	はい	いいえ
11	立った位置から膝を曲げずに手が床に届く	はい	いいえ
12	くつ下・ズボン・スカートを立ったまま、支えなしではける	はい	いいえ
13	イスから立ち上がる時、手の支えなしで立ち上がれる	はい	いいえ
14	ものにつかまらないで、つま先立ちができる	はい	いいえ

問7. 社会的交流

		0	1	2	3	4	5	6
1	困ったときにそばにいてくれる人がいる	0	1	2	3	4	5	6
2	喜びと悲しみを分かち合える人がいる	0	1	2	3	4	5	6
3	家族は本当に私を助けてくれる	0	1	2	3	4	5	6
4	必要な時に、家族は私の心の支えとなるよう手をさし伸べてくれる	0	1	2	3	4	5	6
5	友人たちは本当に私を助けてくれようとする	0	1	2	3	4	5	6
6	喜びと悲しみを分かち合える友人がいる	0	1	2	3	4	5	6
7	自分の問題について友人たちと話すことができる	0	1	2	3	4	5	6

問8. 高齢者安心ネットワーク事業への登録希望について

※以下の対象の方のみお答えください。

○ 対象者	
・65歳以上のひとり暮らし高齢者 ・65歳以上の高齢者世帯 ・高齢者世帯に準じる世帯（65歳未満の親族等と同居しているが、親族等が病気又は障害により緊急時の対応ができない世帯）	
○ 事業の概要 ※詳細は別紙の黄色のチラシでご確認ください	
日頃の見守り体制の構築や緊急搬送時などの緊急時に備え、町へ緊急連絡先や医療情報（主治医、治療中の病気など）等を登録します。本人の同意の下、町から民生委員等の地域の協力者へ、以下のような見守りを依頼し、見守りの輪を広げます。	
○ 見守りの例	
以下の状態に見守り協力者が気づいたら地域包括支援センターへ連絡をします。 <input type="checkbox"/> 郵便受けに新聞や郵便物がたまっている <input type="checkbox"/> 家から出てこない、長い間会わない <input type="checkbox"/> 何日も夜でもカーテンが開いている <input type="checkbox"/> 何日も同じ洗濯物が取り込まれないなど	
○ 緊急時の例	
緊急搬送時など町が医療機関・警察署・消防署より医療情報や緊急連絡先の問い合わせを受けた場合、登録情報を伝えます。また、異変時や緊急時は町から緊急連絡先へ連絡します。	



登録希望の有無を教えてください

1. 希望する	【登録希望された方へ】 ・登録は登録申請書(別の様式)の記入が必要となります。 ・登録手続きの説明のため、登録希望者へ地域包括支援センターから連絡をします。
2. 希望しない	【理由】 <input type="checkbox"/> 必要性を感じないから <input type="checkbox"/> 親族と連絡を取っているから <input type="checkbox"/> その他 ()