

氏名	男・女	電話番号
〒	住所	区
生年月日	神戸市国民健康保険 被保険者番号	
昭和 年 月 日 ( )才	*受診券・健康保険証に記載あり ( )	

## 神戸市「フレイル健診」試行実施 受診票・質問票

この健診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、神戸市において保存し、必要に応じて介護予防のためのご案内や、個人が特定されない方法で統計・調査研究などに活用しますので、ご了承の上、ご受診願います。

受診日 年 月 日 受診会場名

以下の太枠内を、ご記入ください。

1	この1年間に特定健診などの健診を受けましたか。	はい	いいえ
---	-------------------------	----	-----

## 日常生活活動・もの忘れチェック

2. 下記の質問にお答えください。

①	バスや電車で一人で外出していますか。	はい	いいえ
②	日用品の買い物をしていますか。	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	週に1回以上は外出していますか。	はい	いいえ
⑦	昨年と比べて外出の回数が減っていますか。	はい	いいえ
⑧	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などのもの忘れがあるとされますか。	はい	いいえ
⑨	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
⑩	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

## 運動機能チェック

3. 下記の質問にお答えください。

①	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
②	椅子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
③	15分続けて歩いていますか。	はい	いいえ
④	この1年間に転んだことがありますか。	はい	いいえ
⑤	転倒に対する不安は大きいですか。	はい	いいえ

## 栄養状態チェック

4. 下記の質問にお答えください。

①	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。	はい	いいえ
②	身長 . m 体重 kg	-	-

## 口腔機能チェック

5. 現在、ご自身の歯は何本残っていますか。当てはまる本数に○を付けてください。さし歯や金属をかぶせた歯は自分の歯に含めます。成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です。

①	0本	②	1~4本	③	5~9本	④	10~19本	⑤	20本以上
---	----	---	------	---	------	---	--------	---	-------

6. 次の25種類の食品について、噛めるものに○、噛みづらいものに△、噛めないものに×をつけてください。

①バナナ	②茹でたキャベツ	③煮たにんじん	④煮たさといも		
⑤煮たまねぎ	⑥いちご	⑦ハム	⑧かまぼこ		
⑨佃煮昆布	⑩こんにゃく	⑪鳥のからあげ	⑫ローストチキン		
⑬リンゴ	⑭なすの漬物	⑮生キャベツ	⑯焼いた豚肉		
⑰大根の漬物	⑱あられ	⑲ピーナッツ	⑳いか刺身		
㉑生のにんじん	㉒酢だこ	㉓するめ	㉔干しいも		
㉕かた焼きせんべい					
「○」 個		「△」 個		「×」 個	

7. 下記の質問にお答えください。

①	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
②	お茶や汁物等でむせることがありますか。	はい	いいえ
③	口の渇きが気になりますか。	はい	いいえ

## こころの健康チェック

8. 下記の質問にお答えください。

①	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない。	はい	いいえ
②	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。	はい	いいえ
③	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる。	はい	いいえ
④	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だとは思えない。	はい	いいえ
⑤	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする。	はい	いいえ

実施機関処理欄