

## 身体能力測定の記録(フレイルチェック)

### ★基本チェックリスト

記入日: 年 月 日 ( )

マル  
ピンク色の欄に○が付いた  
個数を数えます。

質問項目		いずれかに○をお付けください	
生活全般	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
運動機能	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
	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
	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
状態 栄養	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
	BMIが18.5未満	はい	いいえ
口腔機能	6ヶ月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
	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
こもり 閉じ	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
認知機能	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	はい	いいえ
	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
	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
うつ傾向	(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
	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ
	(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
	(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
	(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
ピンクの欄に○がついた合計		個	

### ★身体能力測定

身長	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> m	①全身筋肉量	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg	①-②手足の筋肉量	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg
体重	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg	②体幹筋肉量	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg		
BMI	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	SMI=手足の筋肉量(Kg)÷身長(m)÷身長(m)		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	

BMI: 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

握力	右	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg	パタカ測定	パ	<input type="text"/> <input type="text"/> 回/秒
	左	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg		タ	<input type="text"/> <input type="text"/> 回/秒
				カ	<input type="text"/> <input type="text"/> 回/秒

5m歩行	通常	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 秒	片足立ち	右	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 秒	タイムアップアンドゴー	1回目	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 秒
	最大1回目	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 秒		左	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 秒		2回目	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 秒
	2回目	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 秒						

### ★身体能力測定値も使った判定(改訂J-CHS基準より)

項目	評価基準	いずれかに○をお付けください	
歩行速度	通常歩行速度<1.0m/秒(5m通常歩行5秒以上)	5秒以上	5秒未満
筋力低下	握力:男性<28kg、女性<18kg	数値未満	数値以上
体重減少	6か月で2kg以上の(意図しない)体重減少	減少あり	減少なし
疲労感	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	疲労感あり	疲労感なし
身体活動	① 軽い運動・体操をしていますか?	いずれも	どちらか
	② 定期的な運動・スポーツをしていますか? 上記の2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答	していない	している

	基本チェックリスト	身体能力測定	筋肉量(SMI)
現在の状態	ピンクの欄についたマル○が 個	太枠の中マル○が 個	
あなたの今の状態	0~3 ⇒ 今のままで大丈夫 4~7 ⇒ もう少し頑張りましょう 8以上 ⇒ 頑張りましょう	0 ⇒ 今のままで大丈夫 1~2 ⇒ もう少し頑張りましょう 3以上 ⇒ 頑張りましょう	男性7.0以上、女性5.7以上 ⇒ 今のままで大丈夫 男性7.0未満、女性5.7未満 ⇒ 頑張りましょう