

令和 年 月 日

### フレイルチェック 相談連絡票

お名前 \_\_\_\_\_ 様 ( 年 月 日生 歳 )

現在のあなたの「フレイルチェックの結果」については、次のとおりです。

かかりつけ医 や 歯科医を受診される時には、医師 及び 歯科医師 にこの連絡票をご提示ください。

また、市町の高齢介護・健康づくり担当部署や、地域包括支援センターへ連絡される時など、ご自身の健康状態を伝えるためにも活用してください。

あてはまるものに☑

独居

健康状態		健康状態に不安がある
		体重減少（半年間で2～3kg以上）
栄養	食習慣	普段の食事回数が1日1～2回 毎食、たんぱく質を多く含む食品を食べていない
	お口の元気度	半年前に比べて固いものが食べにくい お茶や汁物でむせる
		口がかわきやすい
		舌がもつれる、しゃべりにくい
運動	歩く速度が遅くなってきた	
	運動頻度は週に1回未満 ペットボトルのふたが開けにくい	
	1年以内に転倒あり	
こころ	毎日の生活に不満がある	
	日付が分からない時がある	
	物忘れがあるとと言われる	
社会参加	外出頻度は週に1回未満	
	人との付き合い頻度の減少	
	体調悪化時の相談相手がいない	
たばこ	喫煙習慣がある	

#### 健康状態

【記入者 \_\_\_\_\_】  
 体重管理 ( \_\_\_\_\_ )  
 生活管理 ( \_\_\_\_\_ )  
 食事管理 ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

#### 口腔機能

【記入者 \_\_\_\_\_】  
 あてはまるものに☑  
 ( 歯・入れ歯 ) の調子が悪い  
 ( 歯がらつき、う蝕がある、義歯の安定が悪い、義歯が合っていないで痛い )  
 かみ合う歯がない  
 歯をみがくと血が出る  
 歯ぐきがはれている  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

#### 運動

【記入者 \_\_\_\_\_】  
 筋力・歩行状態 ( \_\_\_\_\_ )  
 運動介入 ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

#### こころ・社会参加

【記入者 \_\_\_\_\_】  
 生活環境 ( \_\_\_\_\_ )  
 介護予防事業 ( \_\_\_\_\_ )  
 地域資源 ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

ほぼ毎日 食べている 食品に○ 食事バランス	肉類	緑黄色野菜
	魚介類	海藻類
	卵	いも
	大豆・大豆製品	果物
	牛乳	油料理
	○が3個以下で☑	

#### 栄養

【記入者 \_\_\_\_\_】  
 栄養バランス ( エネルギー不足・たんぱく質不足・ \_\_\_\_\_ )  
 食形態への配慮 ( キザミ・とろみ・ソフト・ \_\_\_\_\_ )  
 疾病への配慮 ( 減塩・ \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

チェック☑の入った数 ( ) 個

#### 【連絡事項】

( 記入者：職種 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ )

連絡事項の記入欄

令和4年9月20日

### フレイルチェック 相談連絡票（記載例）

お名前 兵庫 花子 様 (S16年12月11日生 80歳)

現在のあなたの「フレイルチェックの結果」については、次のとおりです。  
かかりつけ医 や 歯科医を受診される時には、医師 及び 歯科医師 にこの連絡票をご提示ください。  
また、市町の高齢介護・健康づくり担当部署や、地域包括支援センターへ連絡される時など、ご自身の健康状態を伝えるためにも活用してください。

あてはまるものに☑

独居

健康状態		健康状態に不安がある
	<input checked="" type="checkbox"/>	体重減少（半年間で2～3kg以上）
栄養	食習慣	普段の食事回数が1日1～2回
		<input checked="" type="checkbox"/> 毎食、たんぱく質を多く含む食品を食べていない
	お口の元気度	<input checked="" type="checkbox"/> 半年前に比べて固いものが食べにくい
		お茶や汁物でむせる
	<input checked="" type="checkbox"/>	口がかわきやすい
		舌がもつれる、しゃべりにくい
運動	<input checked="" type="checkbox"/>	歩く速度が遅くなってきた
		運動頻度は週に1回未満
		ペットボトルのふたが開けにくい
	<input checked="" type="checkbox"/>	1年以内に転倒あり
こころ		毎日の生活に不満がある
		日付が分からない時がある
		物忘れがあるとと言われる
社会参加	<input checked="" type="checkbox"/>	外出頻度は週に1回未満
		人との付き合い頻度の減少
		体調悪化時の相談相手がいない
たばこ		喫煙習慣がある

#### 健康状態

【記入者 **保健師 但馬**】  
 体重管理（3ヶ月で1kg減少）  
 生活管理（寝ても疲れがとれない）  
 食事管理（ ）  
 その他（ ）

#### 口腔機能

【記入者 **歯科衛生士 神戸**】  
 あてはまるものに☑  
（歯・入れ歯）の調子が悪い  
 （歯がらつき、うががある、義歯の安定が悪い、義歯が合っていないで痛い）  
かみ合う歯がない  
歯をみがくと血が出る  
歯ぐきがはれている  
その他（口腔清掃状態 要確認）

#### 運動

【記入者 **理学療法士 丹波**】  
 筋力・歩行状態（握力低下、歩行速度低下）  
 運動介入（自宅で行える体操の紹介）  
 その他（ ）

#### こころ・社会参加

【記入者 **言語聴覚士 播磨**】  
 生活環境（ ）  
 介護予防事業（ ）  
 地域資源（ ）  
 その他（聞こえの状態 要確認）

#### 栄養

【記入者 **管理栄養士 明石**】  
 栄養バランス（エネルギー不足・たんぱく質不足）  
 食形態への配慮（キザミ・とろみ・ソフト）  
 疾病への配慮（減塩）  
 その他（1日1食 配食サービスの利用を提案）

ほぼ毎日食べている食品に○ 食事バランス		肉類		緑黄色野菜
		魚介類		海藻類
	<input type="checkbox"/>	卵		いも
	<input type="checkbox"/>	大豆・大豆製品	<input type="checkbox"/>	果物
	<input checked="" type="checkbox"/>	牛乳		油料理
	<input type="checkbox"/>			

○が3個以下で☑

チェック☑の入った数 **〔 8 〕**個

#### 【連絡事項】

（記入者：職種 **介護支援専門員** 氏名 **姫路**）

コロナで外出機会が減り、3ヶ月前ほどから、食事量が減少、体重が1kgほど減ってきたとのこと。  
かかりつけ医師と相談し、通いの場への継続参加について提案しました。