

G8 高齢者機能評価スクリーニングツール

登録時
 6 か月後
 1 年後
 2 年後

患者名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

登録番号 _____

A 過去 3 か月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか	0：著しい食事量の減少 1：中等度の食事量の減少 2：食事量の減少なし
B 過去 3 か月間で体重の減少がありましたか	0：3Kg 以上の減少 1：わからない 2：1-3Kg の減少 3：体重減少無し
C 自力で歩けますか	0：寝たきりまたは車いすを常時使用 1：ベッドや車いすを離れられるが、歩いて外出できない 2：自由に歩いて外出できる
E 神経・精神的な問題の有無	0：高度の認知症または鬱状態 1：中等度の認知障害 2：精神的問題なし
F BMI 値	0：19 未満 1：19 以上 21 未満 2：21 以上 23 未満 3：23 以上
H 1 日に 4 種類以上の処方薬を飲んでますか	0：はい 1：いいえ
P 同年齢の人と比べて、自分の健康状態をどう思いますか	0：良くない 0.5：わからない 1：同じ 2：良い
年齢	0：86 歳以上 1：80-85 歳 2：80 歳未満
合計点	_____ 点

合計点 ≤14 点 : frailty 疑い

施設名 _____

担当医 _____