

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 (*患者さん・家族の方は記載する必要はありません)	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 (*患者さん・家族の方は記載する必要はありません)	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	(*記入しなくて結構です) 点

合計点 ≤14点 : frailty 疑い

施設名 _____

担当医 _____