

健康チェック

1	日用品の買い物を含め、週に1回以上は外出をしていますか	はい	いいえ	閉じこもり
2	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ	閉じこもり
3	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	運動
4	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	運動
5	15分程度、続けて歩くことができますか	はい	いいえ	運動
6	頸・肩・腰・脚のどこかに痛み（しびれも含む）がありますか？	はい	いいえ	痛み
7	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	栄養
8	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	口腔
9	お茶や汁物などでむせることがありますか	はい	いいえ	口腔

年 月 日

※ 一項目でも当てはまれば、“フレイル”“ロコモ”の兆候が考えられます。

※ 日常生活にご注意ください。気になる方は主治医へ相談を！！

お名前

薬局名