

## フレイル・インデックス (医療法人社団folkモア版)

## Frail Index by Folkmore

氏名	施設名	評価年月日
		年 月 日

各インデックスの該当する項目（2つか3つの選択肢）に☑をいれて、その項目の点数（0、0.5、1など）を「選択項目の点数」にご記入ください。

インデックス	☑	点数	☑	点数	☑	点数	選択項目の点数
1 入浴	<input type="checkbox"/> 一人で入浴できる	0	<input type="checkbox"/> 介助が必要	1			
2 着替え	<input type="checkbox"/> 一人で着替えができる	0	<input type="checkbox"/> 介助が必要	1			
3 椅子への移動、椅子からの移動	<input type="checkbox"/> 一人で移動できる	0	<input type="checkbox"/> 介助が必要	1			
4 歩行	<input type="checkbox"/> 一人で歩行できる	0	<input type="checkbox"/> 歩行器や杖が必要	0.5	<input type="checkbox"/> 車イスもしくは歩行できない	1	
5 食事	<input type="checkbox"/> 一人で食事ができる	0	<input type="checkbox"/> 介助が必要	1			
6 食事形態	<input type="checkbox"/> 常食	0	<input type="checkbox"/> おかゆ	0.5	<input type="checkbox"/> 流動食	1	
7 排尿・排便	<input type="checkbox"/> 一人で排尿。排便ができる	0	<input type="checkbox"/> オムツが必要	0.5	<input type="checkbox"/> 介助が必要	1	
8 活動範囲	<input type="checkbox"/> 建物外に外出できる	0	<input type="checkbox"/> 建物内	0.5	<input type="checkbox"/> 室内のみ	1	
9 外出	<input type="checkbox"/> 一人で外出できる	0	<input type="checkbox"/> 付き添いが必要	0.5	<input type="checkbox"/> 外出は難しい	1	
10 口腔内の清潔保持	<input type="checkbox"/> 自力で清潔保持ができる	0	<input type="checkbox"/> 介助が必要	1			
11 嚥下（お茶や汁物などでむせることがありますか。）	<input type="checkbox"/> 問題なし	0	<input type="checkbox"/> 誤嚥の心配がある	1			
12 電話の利用	<input type="checkbox"/> 一人で電話できる	0	<input type="checkbox"/> 介助が必要	1			
13 服薬	<input type="checkbox"/> 自己管理ができる	0	<input type="checkbox"/> 服薬管理が必要	1			
14 認知症（日常生活に支障がありますか。）	<input type="checkbox"/> 認知症ではない	0	<input type="checkbox"/> おおむね日常生活に支障はない	0.5	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	1	
15 金銭管理	<input type="checkbox"/> 自己管理ができる	0	<input type="checkbox"/> 金銭管理が難しい	1			
16 視力障害	<input type="checkbox"/> 裸眼、あるいは眼鏡をかけて正常	0	<input type="checkbox"/> 視野の一部が欠けている	0.5	<input type="checkbox"/> 眼鏡をかけても十分に見えない	1	
17 聴力障害（難聴）	<input type="checkbox"/> 通常の会話ができる	0	<input type="checkbox"/> 補聴器を使用して会話できる	0.5	<input type="checkbox"/> 補聴器を使用しても耳元で話をする必要がある。難聴	1	
18 転倒（過去1年間に転倒や尻もちをついたことがありますか。）	<input type="checkbox"/> 転倒したことがない	0	<input type="checkbox"/> 1度は転倒したことがある	0.5	<input type="checkbox"/> 何度も転倒している	1	
19 BMI（BMI値） （体重 kg/身長 cm） 測定日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 18.5 < BMI ≤ 25	0	<input type="checkbox"/> 25 < BMI ≤ 30	0.5	<input type="checkbox"/> ≤ 18.5 もしくは > 30		
20 体重減少（1年間で4.5kg以上もしくは6か月間で2.5kg）	<input type="checkbox"/> いいえ	0	<input type="checkbox"/> はい	1			
<b>選択項目の合計点数</b>							