

町田市住宅改修予防給付事業対象者確認表

(予防給付チェック表)

★住宅改修予防給付の申請を行う場合は、必ずこの確認表と「利用者基本情報」を添付してください。

質問項目の回答にあたって

1. 回答の際は深く考えずに、主観に基づき回答してください。
2. 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してください。
3. 習慣を問う質問項目については、頻度も含めて、ご自身の判断に基づき回答してください。

記入日： 年 月 日

No.	質問項目	回答欄	
1	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	はい	いいえ
2	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
3	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
4	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
5	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
6	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
7	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ
8	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
9	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
10	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
11	6ヶ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
12	体重と身長を記入してBMIの計算をしてください 例) 152cm ⇒ 1.52m		
	体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) = BMI()		
	BMIは18.5未満ですか	はい	いいえ
13	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
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
15	口の渴きが気になりますか	はい	いいえ
16	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
17	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	はい	いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ