

福津市介護予防・日常生活支援総合事業

第1号訪問事業（B型）申込書

福津市長 様

下記の事項に同意して、第1号訪問事業（B型）の利用を申込みます。

- 本サービスの利用にあたり、必要となる利用者本人及びその家族の情報について、サービス提供者、地域包括支援センター、その他関係者で共有すること。
- 以下の質問項目に回答し、要介護状態となることを予防するために、加齢に伴う心身の状態を自覚し、自分自身の健康保持・健康増進に自ら努めること。

氏名	ふりがな (自署)	男・女	明治・対象・昭和 月 日 (歳)
住所	福津市 電話番号 ()		
サービス提供団体名			
サービス提供者名	Tel ()		
No	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
6	階段や手すりや壁をつたわずに昇っていただけますか	はい	いいえ
7	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
8	15分くらい続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ

※質問項目の回答内容について、地域包括支援センターから連絡をする場合があります。