

京田辺市介護予防安心住まい推進事業費助成金

京田辺市高齢者向け居住設備改善費補助金

対象者確認用チェックリスト

氏 名	
-----	--

1 あてはまる項目に○などをご記入ください。

No.	質 問 項 目	はい	いいえ
1	手すりや壁をつたわってでないと階段を昇ることができない状態ですか？		
2	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がることができない状態ですか？		
3	15分くらい続けて歩くことができない状態ですか？		
4	この1年間に転んだことはありますか？		
5	転倒に対する不安は大きいですか？		
6	上半身に麻痺・拘縮（関節の動きが悪くなる状態）がありますか？		
7	下半身に麻痺・拘縮（関節の動きが悪くなる状態）がありますか？		
8	杖・補装具などを使っていますか？		
9	足が上がりず、つまづきやすくなっていますか？		
10	視力が著しく衰えていますか？		
11	内科（呼吸器等）等の疾患でふらつくことがありますか？		
12	ふらつきやめまいがよく起きますか？		
合 計			

2 上記の項目以外で、特に気になること、困っていることがありましたら、ご記入ください。

☐ 申請書「設備改善を必要とする理由」欄に記載。 ☐ 以下のとおり、気になること、困っていることがある。
--