

## 高齢者温泉保養施設の援護者の利用助成にかかる常態調査票

援護を受ける方の氏 名 \_\_\_\_\_

今回の申請にあたって、次の調査にご回答ください。

援護を受ける方がご自身でできるかどうかについて、回答欄の当てはまるところに○印を付けてください。

なお、薬の内服、居室の掃除や洗濯など、その行為を行っていない場合は、未記入としてください。

番号	質 問 項 目	回 答 欄		
		1	2	3
1	歩くことができますか？	できる	つかまればできる	できない
2	片足で立つことができますか？	できる	つかまればできる	できない
3	椅子から立ち上がることができますか？	できる	つかまればできる	できない
4	浴槽の出入りができますか？	できる	支えがあればできる	できない
5	身体が洗えますか？	できる	一部介助が必要	できない
6	食事は、自分で食べることができますか？	できる	一部介助が必要	できない
7	トイレ(排便・排尿)の後始末はできますか？	できる	一部介助が必要	できない
8	つめ切りや洗髪・整髪ができますか？	できる	一部介助が必要	できない
9	薬の内服ができますか？	できる	一部介助されている	できない
10	着替えができますか？	できる	一部介助されている	できない
11	居室の掃除や洗濯はできますか？	できる	一部介助されている	できない
12	買い物など外出はできますか？	できる	一部介助されている	できない
13	視力、聴力に支障はありますか？	ない	一部支障がある	見えない 聴こえない
14	ひどい物忘れをすることがありますか？	ない	時々ある	する
15	火の不始末をすることがありますか？	ない	時々ある	ある

\* ご記入に際しご不明な点は、係員にお尋ね下さい。

\* お答えいただいた内容は、高齢者温泉保養施設利用助成事業にのみ使用いたします。