日常生活能力评定量表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 护理机构（公章）： | | | | 护理机构结算编码： | | | | | |
| 医保医师签名： 执业护士签名： | | | | | | | | 评定时间： 年 月 日 | |
| 患者姓名 |  | 社会保障卡号（身份证号） | | | | |  | | |
| 人员身份 | 在职( ) 退休( ) | | | | | | | | |
| 病情描述及诊断 |  | | | | | | | | |
| 项 目 | 评 定 标 准 | | | | | 评 分 | | | |
| 分值标准 | | 护理机构评分 | 经办机构评分 |
| 1、进食 | 较大和完全依赖 | | | | | 0 | |  |  |
| 需部分帮助（夹菜、盛饭） | | | | | 5 | |
| 全面自理 | | | | | 10 | |
| 2、洗澡 | 依赖 | | | | | 0 | |  |  |
| 自理 | | | | | 5 | |
| 3、梳洗修饰 | 依赖 | | | | | 0 | |  |  |
| 自理（能独立完成洗脸、梳头、刷牙、剃须） | | | | | 5 | |
| 4、穿衣 | 依赖 | | | | | 0 | |  |  |
| 需一半帮助 | | | | | 5 | |
| 自理（系开纽扣、开关拉链和穿鞋） | | | | | 10 | |
| 5、控制大便 | 昏迷或失禁 | | | | | 0 | |  |  |
| 偶尔失禁（每周﹤1次） | | | | | 5 | |
| 能控制 | | | | | 10 | |
| 6、控制小便 | 失禁或昏迷或需他人导尿 | | | | | 0 | |  |  |
| 偶尔失禁（﹤1次/24小时；﹥1次/周） | | | | | 5 | |
| 能控制 | | | | | 10 | |
| 7、如厕 | 依赖 | | | | | 0 | |  |  |
| 需部分帮助 | | | | | 5 | |
| 自理 | | | | | 10 | |
| 8、床椅转移 | 完全依赖别人 | | | | | 0 | |  |  |
| 需大量帮助（2人），能坐 | | | | | 5 | |
| 需小量帮助（1人），或监护 | | | | | 10 | |
| 自理 | | | | | 15 | |
| 9、行走 | 不能走 | | | | | 0 | |  |  |
| 在轮椅上独立行动 | | | | | 5 | |
| 需1人帮助（体力或语言督导） | | | | | 10 | |
| 独自步行（可用辅助器具） | | | | | 15 | |
| 10、上下楼梯 | 不能 | | | | | 0 | |  |  |
| 需帮助 | | | | | 5 | |
| 自理 | | | | | 10 | |
| 合 计 | | | | | | 100 | |  |  |
| 医保复核意见 |  | | 医保复核时间 | |  | | | 复核人员签名 |  |