日常生活能力评定量表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医护机构（公章）： 测评医师签名：  测评护士签名： 测评时间： 年 月 | | | | | | |
| 患者姓名 |  | | 身份证号 |  | | |
| 病情描述及诊断 |  | | | | | |
| 项目 | 评定标准 | | | 评分 | | |
| 分值 | 初评得分 | 复评得分 |
| 1、进食 | 需极大帮助或完全依赖他人 | | | 0 |  |  |
| 需部分帮助（下述某个步骤需要一定帮助） | | | 5 |
| 使用合适的餐具将食物由容器送到口中，可独立把持餐具、咀嚼、吞咽 | | | 10 |
| 2、洗澡 | 完全依赖他人 | | | 0 |  |  |
| 在洗澡过程中需他人部分帮助 | | | 3 |
| 准备好洗澡水后，可自己独立完成洗澡 | | | 5 |
| 3、梳洗修饰 | 完全依赖他人 | | | 0 |  |  |
| 需他人部分帮助完成 | | | 3 |
| 可独立完成洗脸、刷牙、梳头、刮脸等日常梳洗 | | | 5 |
| 4、穿衣 | 需极大帮助完成或完成依赖他人 | | | 0 |  |  |
| 需部分帮助（能自己穿或脱，但需人帮助整理衣物、系扣子、拉拉链、系鞋带等） | | | 5 |
| 可独立完成穿/脱衣服、系扣子、拉拉链、穿/脱鞋袜、系鞋带等 | | | 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 | 需极大帮助或完全依赖他人 | | | 0 |  |  |
| 需部分帮助（他人搀扶、他人帮助冲水或整理衣裤） | | | 5 |
| 可独立完成包括擦净、整理衣裤、冲水等如厕过程 | | | 10 |
| 8、床椅转移 | 完全依赖别人 | | | 0 |  |  |
| 需极大帮助（较大程度依赖他人搀扶和帮助） | | | 5 |
| 需部分帮助（需他人搀扶或使用拐杖） | | | 10 |
| 可独立完成 | | | 15 |
| 9、行走 | 完全依赖他人 | | | 0 |  |  |
| 需极大帮助（较大程度上依赖他人搀扶，或坐在轮椅上自行在平地上移动） | | | 5 |
| 需部分帮助（他人搀扶、或使用拐杖、助行器等辅助工具） | | | 10 |
| 可独立在平地行走45米 | | | 15 |
| 10、上下楼梯 | 需极大帮助或完全依赖他人 | | | 0 |  |  |
| 需部分帮助（需扶楼梯、他人搀扶或使用拐杖等） | | | 5 |
| 可独立上下楼 | | | 10 |
| 合计 | | | | 100 |  |  |
| 复核意见 | 同意□ 不同意□ | 复核时间 | 年 月 日 | 复核人员签名： | | |

注：此量表满分为100分。得分≥60分表示有轻度功能障碍，能独立完成部分日常活动，需要一定帮助；59-41分表示有中度功能障碍，需要极大的帮助才能完成日常生活活动；≤40分表示有重度功能障碍，多数日常生活活动不能完成或需人照料。