**臺中市中低收入老人特別照顧津貼日常生活活動功能量表（ＡＤＬ）**

個案姓名： 出生日期： 年 月 日 身分證字號：

居住地： 區 評估日期： 年 月 日(應於申請日前三十日內進行評估及開立)

|  |  |
| --- | --- |
| **Ａ、基本日常生活活動能力（ADL）** （**以最近一個月的表現為準**） (若個案有使用輔具，則以輔具使用之下的情形評估其巴氏量表。) | |
| **1、進食：請問您(您 )吃飯時是否需要協助？** | |
| 不需協助 | 需協助 |
| □ 10 分—  (1) 可自行取食眼前食物  (2) 吃完一餐  (3) 合理時間內吃完  (4) 自行穿脫輔具 | □ 5 分—  (1) 要幫忙切食物、弄碎  (2) 要先幫忙穿脫進食輔具  □ 0 分—  (1) 灌食  (2) 只能嘴動，手不會舀(需人餵食) |
| **2、移位：請問您(您 )從床上坐起及移位到椅子(或輪椅)上，是否需要幫忙？如何幫忙？** | |
| 不需協助 | 需協助 |
| □ 15 分—  (1) 可自行坐起、移位，並回到原位  (2) 若使用輪椅，包含自行煞車、移開踏 板  (3) 沒有安全上顧慮，不需有人在旁監督 | □ 10 分—坐起及移位過程中需些微協助(如：輕扶 以保持平衡，或提醒，或因安全顧慮需有人在 旁監督)  □ 5 分—可自行獨立坐起，但由床移位到椅子上  時，須 1 人大量的肢體協助  □ 0 分—需人協助才能坐起，或需 2 人幫忙扶持 才可移位 |
| **3、如廁：請問您(您 )上廁所過程中(包括到馬桶、穿脫衣物、擦拭、沖水)，是否需 要幫忙？如何幫忙？** | |
| 不需協助 | 需協助 |
| □ 10 分—  (1) 可自行上下馬桶  (2) 穿脫衣物且不弄髒  (3) 使用後擦拭清潔  (4) 不需有人監督安全  (5) 若使用便盆，包含自行取放及清洗 | □ 5 分—只需協助保持平衡，整理衣物或使用衛 生紙  □ 0 分—需人協助 |
| **4、洗澡：請問您(您 )洗澡是否協助？** | |
| 不需協助 | 需協助 |
| □ 5 分—可自行完成盆浴或淋浴 | □0 分—需別人協助或監督才能完成盆浴或淋浴 |

|  |  |
| --- | --- |
| **5、平地走動：** | |
| (a) 請問您(您 )是否可以在平地走 50 公尺以上？需要人協助嗎？ | |
| 不需協助 | 需協助 |
| □ 15 分—  (1) 使用或不使用輔具(包含支架、義肢、無輪之助行器)，可行走 50 公尺以上  (2) 並可起立/坐下 | □ 10 分—需稍微扶持或口頭教導，即可行走 50公尺以上 |
| (b)是否可操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門、接近桌子、床沿)？ | |
|  | □ 5 分—可以操作輪椅  □ 0 分—操作輪椅需要幫忙，或行走時需大量扶持，或無法行走 |
| **6、穿脫衣褲鞋襪：請問您(您 )是否需人協助穿脫衣褲鞋襪(義肢、支架)？** | |
| 不需協助 | 需協助 |
| □ 10 分—  (1) 可自行穿脫衣褲鞋襪(義肢、支架)， 包含有必要時之繫緊、綁帶子、扣扣 子等  (2) 合理時間內完成  (3) 可使用輔具 | □ 5 分—在別人幫忙下，可自行完成一半以上動作  □ 0 分—需別人完全幫忙 |
| **第 1-6 項失能項數：**  **□無 □輕度(1~2 項) □中度(3~4 項) □重度(≧5 項)** | |
| **7、個人衛生：請問您(您 )刷牙、洗臉、洗手、梳頭髪、(刮鬍子)是否需要幫忙？** | |
| 不需協助 | 需協助 |
| □ 5 分—可自行完成上列所有項目，且不需監督 | □ 0 分—需協助才能完成上列項目 |
| **8、上下樓梯：請問您(您 )上下樓梯一層樓是否需要協助？** | |
| 不需協助 | 需協助 |
| □ 10 分—可自行上下樓梯(可抓扶手或用枴杖) | □ 5 分—需稍扶持或口頭指導或監督  □ 0 分—無法或需大量協助 |
| **9、大便控制：請問您(您 )是否曾發生大便失禁的情形？(若有)失禁頻率為何？是否需人協助處理？** | |
| 不需協助 | 需協助 |
| □ 10 分—不會失禁，必要時會自行使用塞劑(軟便劑) | □ 5 分—  (1) 偶爾會失禁(每週不超過一次)  (2) 使用塞劑(軟便劑)時需人幫忙  □0 分—需人協助處理 |

|  |  |
| --- | --- |
| **10、小便控制：請問您(您 )是否曾發生小便失禁的情形？(若有)失禁頻率為何？是 否需人協助處理？** | |
| 不需協助 | 需協助 |
| □ 10 分—不會失禁，必要時會自行使用並清理尿布尿袋 | □ 5 分—  (1) 偶爾會失禁(每週不超過一次)  (2) 使用尿布尿袋時需人幫忙  □ 0 分—需人協助處理 |
| **基本日常生活活動能力總分：** | |

填寫說明：所謂評估單位係指經衛生福利部審核為**本市區域型以上醫院**，並由**醫師**評估日常生活活動功能量表。另考量**和平區**為中央認列之偏遠地區，若受照顧人員實際居住於和平地區者，評估單位及人員得增加「本市和平區、東勢區、石岡區及新社區各級醫療院所與衛生所之醫師」。

**評估單位：（請蓋院章） 評估者：（請蓋醫師章）**