

臺中市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
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 5 分— (1) 要幫忙切食物、弄碎 (2) 要先幫忙穿脫進食輔具 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 5 分—只需協助保持平衡，整理衣物或使用衛生紙 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 5 分—可自行完成盆浴或淋浴	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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)？	
	<input type="checkbox"/> 5 分—可以操作輪椅 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 5 分—在別人幫忙下，可自行完成一半以上動作 <input type="checkbox"/> 0 分—需別人完全幫忙
第 1-6 項失能項數：	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度(1~2 項) <input type="checkbox"/> 中度(3~4 項) <input type="checkbox"/> 重度(≥5 項)	
7、個人衛生：請問您(您_____)刷牙、洗臉、洗手、梳頭髮、(刮鬍子)是否需要幫忙？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 5 分—可自行完成上列所有項目，且不需監督	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 10 分—可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)	<input type="checkbox"/> 5 分—需稍扶持或口頭指導或監督 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 10 分—不會失禁，必要時會自行使用塞劑(軟便劑)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 10 分—不會失禁，必要時會自行使用並清理尿布尿袋	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)