附件3Katz日常生活功能指数评价量表

申请人姓名： 申请人身份证号码：

填写时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 内容 | 活动能力 | | | 活动能力类型（填写：独立、部分  独立或依赖） |
| 独立 | 部分独立  （需要帮助） | 依赖 |
| 进食 | 独立，无须帮助 | 独立自己能吃，但需  辅助 | 不能独立完成部分或全部靠喂食或鼻饲 |  |
| 穿衣 | 独立，无须帮助能独立拿取衣服，穿上并扣好 | 独立能独立拿取衣服及穿上，需帮助系鞋带 | 不能独立完成完全不能穿，要靠他人拿衣穿衣或自己穿上部分 |  |
| 大小便控制 | 独立自己能够完全控制 | 独立偶尔失控 | 不能自控失控，需帮助处理大小便（如导尿、灌肠等） |  |
| 用厕 | 独立，无须帮助能独立用厕、便后拭净及整理衣裤（可用手杖、助步器或轮椅，能处理尿壶、便盆） | 不能独立完成需要助用厕、做便后处理（清洁、整理衣裤）及处理尿壶、便盆 | 不能独立完成  不能用厕 |  |
| 洗澡 | 独立，无须帮助自己能进出浴室（淋浴、盆浴），独立洗澡 | 独立只需帮助洗一  部分（背部或腿） | 不能独立完成  不能洗澡、或大部分需帮助洗 |  |
| 床椅转移 | 独立，无须帮助自己能下床，坐上及离开椅、凳（可用手杖或助步器） | 不能独立完成需帮助上、下床椅 | 不能独立完成卧床不起 |  |
| 评估结果 | |  | | |
| 填表人签名 | |  | | |