附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通州区特困供养人员生活自理能力评定表 | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 身份证号 | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | 联系电话 | |  |
| 是否有残疾证 | 是□ 否□ | | | | | 残疾类型和等级 | |  |
| 日常生活自理能力评定 | | | | | | | | |
| 评估项目 | | | | | 评估意见 | | 备注（具体描述） | |
| 1.是否能自主吃饭 | | | | | 是□ 否□ | | □能用合适的餐具独立进行进食各种正常食物  □需要部分帮助（如端碗、夹菜等）□极大或完全依赖他人 | |
| 2.是否能自主穿衣 | | | | | 是□ 否□ | | □能自己穿衣服  □极大或完全依赖他人 | |
| 3.是否能自主上下床 | | | | | 是□ 否□ | | □能自己独立完成  □需要别人帮助才能上下床或从床上坐起  □全躺床上不能上下床，不能坐起 | |
| 4.是否能自主如厕、控制大小便 | | | | | 是□ 否□ | | □能独立进出厕所或使用便盆  □在保持平衡、解穿衣裤或处理卫生等方面需要帮助  □偶尔大小便失禁  □大小便完全失禁 | |
| 5.是否能室内自主行走 | | | | | 是□ 否□ | | □能独立平地行走  □需要人搀扶下行走或使用轮椅  □不能完成 | |
| 6.是否能自主洗澡、洗漱 | | | | | 是□ 否□ | | □能独立完成洗澡、刷牙（包括固定假牙）、洗脸、梳头等  □不能独立完成，需依赖他人 | |
| 评定结论 | | | 具备生活自理能力 全自理□  部分丧失生活自理能力 半护理□  完全丧失生活自理能力 全护理□ | | | | | |
| 评 估 人： |  | | | | | 评估机构（盖章）： | |  |
| 评估时间： | 年 月 日 | | | | | | | |