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 |