

# 呼和浩特市长期护理保险失能评估申请表

(由申请人或代理人填写)

## 1. 评估信息表

1.1 评估编号	□□□□□□□□
1.2 评估基准日期	□□□□年□□月□□日
1.3 评估原因	1 接受服务前初评 2 接受服务后的常规评估 3 状况发生变化后的即时评估 4 因评估结果有疑问进行的复评 <input type="checkbox"/>

## 2. 被评估者的基本信息表

2.1 姓名	
2.2 性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
2.3 出生日期	□□□□年□□月□□日
2.4 身高	-----cm
2.5 体重	-----kg
2.6 民族	<input type="checkbox"/> 汉族 <input type="checkbox"/> 少数民族-----
2.7 宗教信仰	0 无    1 有----- <input type="checkbox"/>

2.8 身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	
2.9 社会保障卡号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	
2.10 现居住地址		
2.11 户籍情况	□城镇 □农村 □其他-----	
2.12 文化程度	□文盲 □小学 □初中 □高中/技校/中专 □大学专科及以上 □不详	
2.13 婚姻状况	□未婚 □已婚 □丧偶 □离婚 □未说明	
2.14 居住情况	□独居 □与配偶/伴侣居住 □与子女居住 □与父母居住 □与兄弟姐妹居住 □与其他亲属居住 □与非亲属关系的人居住 □养老机构	
2.15 医疗费用支付方式 (多选)	□职工基本医疗保险 □城乡居民基本医疗保险 □贫困救助 □商业医疗保险 □其他	
2.16 经济来源 (多选)	□退休金/养老金 □子女补贴 □亲友资助 □特困供养 □低保金 □其他补贴	
2.17 近30天内意外事件	2.17.1 跌倒	□无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上
	2.17.2 走失	□无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上
	2.17.3 噎食	□无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上
	2.17.4 自杀	□无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上
	2.17.5 其他	□发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上

### 3. 信息提供者及联系人信息表

3.1 信息提供者的姓名	
--------------	--

3.2 信息提供者与参保人的关系	1 配偶 2 子女 3 其他亲属 4 雇佣照顾者 5 其他----- <input type="checkbox"/>
3.3 联系人姓名	
3.4 联系人电话	

#### 4. 疾病诊断和用药情况

4.1 疾病诊断 (可多选)				
<input type="checkbox"/> 1 高血压 I10; <input type="checkbox"/> 2 冠心病 I25.1; <input type="checkbox"/> 3 糖尿病 E10-E14; <input type="checkbox"/> 4 肺炎 J14; <input type="checkbox"/> 5 COPD J44; <input type="checkbox"/> 6 脑出血 I60-I62; <input type="checkbox"/> 7 脑梗塞 I63; <input type="checkbox"/> 8 尿路感染 (30 天内); <input type="checkbox"/> 9 帕金森综合征 G20-G22; <input type="checkbox"/> 10 慢性肾功能衰竭 N18-N19; <input type="checkbox"/> 11 肝硬化 K74.1-K74.6; <input type="checkbox"/> 12 消化道出血 K20-K31; <input type="checkbox"/> 13 肿瘤 C00-D48; <input type="checkbox"/> 14 截肢 (6 个月内); <input type="checkbox"/> 15 骨折 (3 个月内) M84; <input type="checkbox"/> 16 癫痫 G40; <input type="checkbox"/> 17 甲状腺机能减退 E03; <input type="checkbox"/> 18 吸入性肺炎 (30 天内); <input type="checkbox"/> 19 其他 (请补充):				
4.2 用药情况				
	药物名称	服药方法	每一次用药剂量	用药频率
1				
2				
3				

## 5. 日常生活能力相关问卷

内容	活动能力		
	独立	部分独立 (需要帮助)	依赖
进食	<input type="checkbox"/> 独立, 无需帮助	<input type="checkbox"/> 部分独立, 自己能吃, 但需辅助	<input type="checkbox"/> 不能独立完成, 部分或全部靠喂食或鼻饲
穿衣	<input type="checkbox"/> 独立, 无须帮助能独立拿取衣服, 穿上并扣好	<input type="checkbox"/> 部分独立, 能独立拿取衣服及穿上, 需帮助系鞋带	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 独立, 自己能够完全控制	<input type="checkbox"/> 部分独立, 偶尔失控	<input type="checkbox"/> 不能自控, 失控, 需帮助处理大小便 (如导尿、灌肠等)
用厕	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 不能独立完成, 需要帮助用厕、做便后处理 (清洁、整理衣裤) 及处理尿壶、便盆	<input type="checkbox"/> 不能独立完成, 不能用厕
洗澡	<input type="checkbox"/> 独立, 无须帮助自己能进出浴室 (淋浴、盆浴), 独立洗澡	<input type="checkbox"/> 部分独立, 需帮助洗一部分 (背部或腿)	<input type="checkbox"/> 不能独立完成, 不能洗澡、或大部分需帮助
床椅转移	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 不能独立完成, 需帮助上、下床椅	<input type="checkbox"/> 不能独立完成, 卧床不起