

臺東縣重癱病患「巴氏量表」到宅評量服務申請書

申請日期： 年 月 日

| | | | |
|--|---|----------|---|
| 一、是否聘請看護幫忙照顧： <input type="checkbox"/> (1)否 <input type="checkbox"/> (2)是 (<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍) | | | |
| 二、被看護者基本資料 | | | |
| 姓 名 | | 出生日期 | ____年____月____日 |
| 身份證字號 | | 電 話 | () |
| 身份福利別 | <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 居住狀況 | <input type="checkbox"/> (1)獨居 <input type="checkbox"/> (2)固定與他人同住 <input type="checkbox"/> (3)輪流與他人同住 <input type="checkbox"/> (4)其他 | | |
| 通訊地址 | ____縣/市____市/鄉/鎮____村/里 ____路/街____段____巷____弄____號____樓 | | |
| 最近重症治療之醫院 | <input type="checkbox"/> 馬偕醫院臺東分院 <input type="checkbox"/> 衛生署臺東醫院 <input type="checkbox"/> 臺東榮民醫院 <input type="checkbox"/> 佛教慈濟醫院關山分院 <input type="checkbox"/> 其他醫療院所(請先至該醫院申請病歷或病摘) | | |
| 三、主要聯絡人資料 | | | |
| 姓 名 | | 與被看護者的關係 | |
| 聯絡電話 | (H) _____ (O) _____ 手機 _____ | | |
| 通訊地址 | <input type="checkbox"/> 同上 _____縣/市____市/鄉/鎮____村/里 _____路/街____段____巷____弄____號____樓 | | |

◎最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完整。謝謝！

◎持有以下項目之身心障礙手冊，經鑑定為重度等級以上者，不須經過巴氏量表評估可直接至臺東縣衛生局長照科申請。

- 1 平衡機能障礙 2 精神病 3 智障障礙 4 自閉症 5 老人癡呆症 6 先天代謝異常
 7 染色體異常 8 其他先天性缺陷 9 植物人 10 多重障礙者(具有前 9 項目之一)。

申請人 (或代理人) 簽名： _____

日常生活活動功能 (ADL) (巴氏量表)

| 項 目 | 分 數 | 內 容 |
|------------|--------------------|--|
| 進食 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 自己在合理的時間內 (約十秒鐘吃一口) 可用筷子取食眼前食物。若需使用進食器具時，應會自行穿脫。 <input type="checkbox"/> 需別人穿脫輔具或只能用湯匙進食。 <input type="checkbox"/> 無法自行取食或耗費時間過長。 |
| 在輪椅與床位間的移位 | 15 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可獨立完成，包括輪椅的剎車及移開踏板。 <input type="checkbox"/> 需要稍微的協助 (例如：予以輕扶以保持平衡) 或需要口頭指導。 <input type="checkbox"/> 可自行從床上站起來，但移位時仍需別人幫忙。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙方可坐起來或需由兩人幫忙方可移位。 |
| 個人衛生 | 5 0 | <input type="checkbox"/> 可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙。 |
| 上廁所 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行進出廁所，不會弄髒衣物，並能穿好衣服。使用便盆者，可自行清理便盆。 <input type="checkbox"/> 需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙。使用便盆者，可自行取放便盆但須仰賴他人清理。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。 |
| 洗澡 | 5 0 | <input type="checkbox"/> 可獨立完成 (不論是坐浴或淋浴) <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。 |
| 行走於平地 | 15 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可獨立行走 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需稍微扶持或口頭指導方向可行走 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 雖無法行走，但可獨立操縱輪椅 (包括轉彎、進門及接近桌子，床沿) 並可推行輪椅 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。 |
| 上下樓梯 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯 (允許抓扶手、用拐杖)。 <input type="checkbox"/> 需稍微幫忙或口頭指導。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。 |
| 穿脫衣服 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。 <input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。 |
| 大便控制 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 不會失禁，並可自行使用塞劑。 <input type="checkbox"/> 偶爾會失禁 (每週不超過一次) 或使用塞劑時需人幫助。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。 |
| 小便控制 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。 <input type="checkbox"/> 偶爾會失禁 (每週不超過一次) 或尿急 (無法等待便盆或無法及時趕到廁所) 或需要別人幫忙處理尿套。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。 |

| | | |
|---|---|---|
| 總 分 | | |
| 備註： | 0~20分 完全依賴 21~61分 嚴重依賴 62~90分 中度依賴 91~99分 獨立 | 被看護者： 出生日期： 身分證字號： 地址： |
| 其他特殊醫療照護： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全癱 <input type="checkbox"/> 半癱 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 插管 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| 受理申請單位：_____衛生所 初評者： 初評日期：____年____月____日 電話： 備註： ※初評完成後請盡速回傳衛生局長照科：(089) 333112 | | |

(以下由衛生局長照科填寫)

| | |
|---|---|
| 收件時間：____年____月____日 | |
| 審查結果： <input type="checkbox"/> 派案： <input type="checkbox"/> 馬偕醫院臺東分院 <input type="checkbox"/> 臺東榮民醫院 | <input type="checkbox"/> 衛生署臺東醫院 <input type="checkbox"/> 佛教慈濟醫院關山分院 |
| <input type="checkbox"/> 不派案：處理方式_____ | |
| 審查員： | 科長： |