

附件 1

青岛市长期照护需求等级 评估表

申请人姓名_____

评估表编号_____

- 评估类别
- 首次评估
 - 后续评估 第_____次评估 (含首次)
 - 争议评估 (复核 复审)

_____年_____月_____日

A. 基本情况调查

A.1 基本信息

| | | | |
|----------------|---|---|---|
| A.1.1 姓名 | | A.1.2 性别 | 1 男 2 女 <input type="checkbox"/> |
| A.1.3 出生日期 | 年 月 日 | A.1.4 民族 | 1 汉族 2 少数民族_____ <input type="checkbox"/> |
| A.1.5 身份证号 | | A.1.6 社保卡号 | |
| A.1.7 户籍所在地 | | A.1.8 居住地 | |
| A.1.9 文化程度 | 1 文盲 2 小学 3 初中 4 高中/技校/中专 5 大学专科及以上 6 不详 <input type="checkbox"/> | | |
| A.1.10 婚姻状况 | 1 未婚 2 已婚 3 丧偶 4 离婚 5 未说明的婚姻状况 <input type="checkbox"/> | | |
| A.1.11 经济状况 | A.1.11.1 人员类别 | 1 离休 2 退休(含退职) 3 在职 4 低保户 5 低保边缘户 6 城乡特困人员 7 其他_____ <input type="checkbox"/> | |
| | A.1.11.2 医疗费用支付方式 | 1 职工基本医疗保险 2 居民基本医疗保险 3 医疗救助 4 商业医疗保险 5 自费 6 其他 <input type="checkbox"/> | |
| A.1.12 生活环境 | A.1.12.1 居住状况 | 1 与子女同住 2 与其他亲属同住 3 空巢(有或无子女,有配偶) 4 独居 5 已入住养老机构 6 其他 <input type="checkbox"/> | |
| | A.1.12.2 居住安全 | 1 居所安全设施完备,无需改进 2 可改进的不安全因素: _____ 3 不可改进的不安全因素: _____ <input type="checkbox"/> | |
| | A.1.12.3 居住楼层 | 1 一或二楼较方便 2 三楼以上无电梯 3 楼房有电梯 <input type="checkbox"/> | |
| | A.1.12.4 洗浴设施 | 1 独用 2 合用 3 无 <input type="checkbox"/> | |
| A.1.13 家庭支持 | A.1.13.1 家庭支持状况 | 1 提供足够的物质和情感支持 2 仅提供物质支持 3 仅提供情感支持 4 缺乏物质和情感支持 <input type="checkbox"/> | |
| | A.1.13.2 家庭经济状况 | 1 家庭年收入 2 万以下 2 家庭年收入 2-5 万 3 家庭年收入 5-10 万 4 家庭年收入 10-20 万 5 家庭年收入 20 万以上 <input type="checkbox"/> | |
| | A.1.13.3 照护者身份 | 1 配偶 2 子女 3 亲戚朋友 4 保姆 5 无照护者 6 其他 <input type="checkbox"/> | |
| | A.1.13.4 照护者或被评估者对照护方式的意见 | 1 居家照护 2 日间照护 3 入住机构 <input type="checkbox"/> | |

A. 2健康状况

| | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---|--------------------------|
| A. 2.1 疾病状况 | A. 2.1.1 就医方式 | 1 居家医疗 2 外出就诊 习惯就医地点为 _____ | <input type="checkbox"/> | |
| | A. 2.1.2 神经系统 | 疾病类别或名称 | 程度或主要合并症 | |
| | | <input type="checkbox"/> 脑血管疾病、中枢神经系统感染 | 1 左侧偏瘫 2 右侧偏瘫 3 左侧上肢 4 左侧下肢 5 右侧上肢 6 右侧下肢 7 全瘫 8 其他 _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | 1 肌力 0 级 2 肌力 I 级 3 肌力 II 级 4 肌力 III 级 5 肌力 IV 级 6 肌力 V 级 | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> 运动障碍与神经变性疾病 (运动神经元疾病等) | 1 运动障碍 2 感觉障碍 3 吞咽障碍 4 呼吸障碍 5 截瘫 6 其他 _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | 1 肌力 0 级 2 肌力 I 级 3 肌力 II 级 4 肌力 III 级 5 肌力 IV 级 6 肌力 V 级 | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> 癫痫 | 1 大发作 2 小发作 3 精神运动发作 4 其他 _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> 帕金森氏综合症 | 1 震颤 2 活动障碍 3 僵直 4 其他 _____ | <input type="checkbox"/> |
| | A. 2.1.3 心血管系统 | <input type="checkbox"/> 认知功能障碍与痴呆 | 1 轻度 2 中度 3 重度 | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> 其他 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 高血压病 | 1 高血压病 1 级 2 高血压病 2 级 3 高血压病 3 级 | <input type="checkbox"/> |
| | A. 2.1.4 呼吸系统 | <input type="checkbox"/> 冠心病 | 1 心功能 I 级 2 心功能 II 级 3 心功能 III 级 4 心功能 IV 级 | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> 其他 | | |
| <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 | | 1 肺功能 I 级 (基本正常) 2 肺功能 II 级 (稍有减退) 3 肺功能 III 级 (显著减退) 4 肺功能 IV 级 (严重损害) 5 肺功能 V 级 (呼吸衰竭) | <input type="checkbox"/> | |
| A. 2.1.5 内分泌系统 | <input type="checkbox"/> 肺心病 | 1 心功能 I 级 2 心功能 II 级 3 心功能 III 级 4 心功能 IV 级 | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 肺纤维化 | 1 早期 2 中后期 | | |
| | <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| A. 2.1.6 消化系统 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | 1 糖尿病 1 型 2 糖尿病 2 型 | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 | 1 糖尿病眼病 2 糖尿病坏疽 3 糖尿病肾病 4 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 其他 | 1 甲状腺危象 2 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | |
| A. 2.1.7 泌尿系统 | <input type="checkbox"/> 消化性溃疡 | 1 出血 2 穿孔 3 幽门梗阻 4 恶变 5 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 消化道出血 | 1 呕血 2 黑粪 3 昏厥 4 休克 5 贫血 6 发热 | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 肝、胆疾病 | 1 肝硬化 2 胆石症 3 胆囊炎 | <input type="checkbox"/> | |
| A. 2.1.8 运动系统 | <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 慢性肾功能不全 | 1 代偿期 2 功能不全期 3 衰竭期 4 尿毒症期 | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 前列腺疾病 | 1 感染 2 肥大 | <input type="checkbox"/> | |
| A. 2.1.9 感觉系统 | <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 骨质疏松 | 1 轻度 2 重度 | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 骨折 | 1 上肢 2 下肢 3 髋部 4 脊柱 5 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | |
| A. 2.1.10 其他疾病 | <input type="checkbox"/> 骨关节病 | 1 坠积性肺炎 2 下肢深静脉血栓形成 3 压疮 | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 其他 | 1 活动障碍 2 关节轻度变形 3 多个关节严重变形 4 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 白内障 | 1 失明 2 光感 3 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | |
| A. 2.2 特殊医疗护理需求 | <input type="checkbox"/> 视网膜病变 | 1 失明 2 光感 3 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 | 1 恶病质 2 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | A. 2.2.1 近两年医药费使用情况 | 1 年均 5 千元以下 2 年均 5 千-1 万 3 年均 1 万-2 万 4 年均 2 万元以上 | <input type="checkbox"/> | |
| | A. 2.2.2 最后一次出院护理级别 | 1 特级护理 2 一级护理 3 二级护理 4 三级护理 | <input type="checkbox"/> | |
| | A. 2.2.3 意识状态 | 1 清醒 2 模糊 3 嗜睡 4 昏迷 5 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | |
| A. 2.2.4 管道留置 | 1 鼻胃管 2 导尿管 3 气管套管 4 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | | |
| A. 2.2.5 呼吸机使用情况 (有创/无创) | 1 持续使用 2 间断使用 3 其他 _____ | <input type="checkbox"/> | | |
| A. 2.2.6 压疮 | 1 可疑的深部组织损伤 2 I 期 3 II 期 4 III 期 5 IV 期 6 不明确分期 | <input type="checkbox"/> | | |
| A. 2.2.7 近两年住院 | 1 无 2 一次 3 二次 4 三次 5 四次以上 | <input type="checkbox"/> | | |
| A. 2.3 近 30 天内意外事件 | A. 2.3.1 跌倒 | 1 无 2 发生过 1 次 3 发生过 2 次 4 发生过 3 次以上 | <input type="checkbox"/> | |
| | A. 2.3.2 噎食 | 1 无 2 发生过 1 次 3 发生过 2 次 4 发生过 3 次以上 | <input type="checkbox"/> | |
| | A. 2.3.3 自杀 | 1 无 2 发生过 1 次 3 发生过 2 次 4 发生过 3 次以上 | <input type="checkbox"/> | |
| | A. 2.3.4 走失 | 1 无 2 发生过 1 次 3 发生过 2 次 4 发生过 3 次以上 | <input type="checkbox"/> | |
| | A. 2.3.5 其他 | | <input type="checkbox"/> | |
| A. 2.4 营养状况 | A. 2.4.1 过去三个月中, 是否因食欲不振, 咀嚼或吞咽困难, 消化不良等问题导致进食量越来越少? | 1 厌食 2 食欲不振 3 食欲正常 | <input type="checkbox"/> | |
| | A. 2.4.2 近三个月体重变化 | 1 体重减轻 >3 公斤 2 体重减轻 1-3 公斤 3 体重无改变 4 不清楚 | <input type="checkbox"/> | |
| | A. 2.4.3 身体质量指数 (BMI) 体重 (公斤) / 身高 (公尺) ² | 1 BMI < 18.5 2 18.5 ≤ BMI < 24 3 24 ≤ BMI < 28 4 28 ≤ BMI ≤ 32 5 BMI > 32 | <input type="checkbox"/> | |
| | A. 2.4.4 小腿围 (CC) (cm) (若无 BMI) | 1 CC < 31 2 CC ≥ 31 | <input type="checkbox"/> | |

A. 3信息提供者及联系人信息

| | |
|----------------------|--|
| A. 3.1 信息提供者与被评估者的关系 | 1 配偶 2 子女 3 其他亲属 4 雇佣照顾者 5 其他 <input type="checkbox"/> |
| A. 3.2 联系人（主要监护人） | 姓名： 1 配偶 2 子女 3 其他 <input type="checkbox"/> |
| A. 3.3 联系人电话 | |
| A. 3.4 信息提供者签名 | |

说明：此表选项可做多项选择

B. 能力评估

B. 1 日常生活活动评估表

| | | |
|--|----|--|
| B. 1. 1 进食: 指用餐具将食物由容器送到口中、咀嚼、吞咽等过程 | □分 | 10分, 可独立进食(在合理的时间内独立进食准备好的食物) |
| | | 5分, 需部分帮助(进食过程中需要一定帮助, 如协助把持餐具) |
| | | 0分, 需极大帮助或完全依赖他人, 或通过鼻饲管进食 |
| B. 1. 2 洗澡 | □分 | 5分, 准备好洗澡水后, 可自己独立完成洗澡过程 |
| | | 0分, 在洗澡过程中需他人帮助 |
| B. 1. 3 修饰: 指洗脸、刷牙、梳头、刮脸等 | □分 | 5分, 可自己独立完成 |
| | | 0分, 需他人帮助 |
| B. 1. 4 穿衣: 指穿脱衣服、拉拉链、穿脱鞋袜、系鞋带等 | □分 | 10分, 可独立完成 |
| | | 5分, 需部分帮助(能自己穿脱, 但需他人帮助整理衣物、系扣/鞋带、拉拉链) |
| | | 0分, 需极大帮助或完全依赖他人 |
| B. 1. 5 大便控制 | □分 | 10分, 可控制大便 |
| | | 5分, 偶尔失控(每周<1次), 或需要他人提示 |
| | | 0分, 完全失控 |
| B. 1. 6 小便控制 | □分 | 10分, 可控制小便 |
| | | 5分, 偶尔失控(每天<1次, 但每周>1次), 或需要他人提示 |
| | | 0分, 完全失控, 或留置导尿管 |
| B. 1. 7 如厕: 包括去厕所、解开衣裤、擦净、整理衣裤、冲水 | □分 | 10分, 可独立完成 |
| | | 5分, 需部分帮助(需他人搀扶去厕所、需他人帮忙冲水或整理衣裤等) |
| | | 0分, 需极大帮助或完全依赖他人 |
| B. 1. 8 床椅转移 | □分 | 15分, 可独立完成 |
| | | 10分, 需部分帮助(需他人搀扶或使用拐杖) |
| | | 5分, 需极大帮助(2人, 能坐) |
| | | 0分, 完全依赖他人 |
| B. 1. 9 平地行走 | □分 | 15分, 可独立在平地上行走(可用辅助器具) |
| | | 10分, 需部分帮助(因肢体残疾、平衡能力差、过度衰弱、视力等问题, 在一定程度上需他人搀扶) |
| | | 5分, 需极大帮助(因肢体残疾、平衡能力差、过度衰弱、视力等问题, 在较大程度上依赖他人搀扶, 或坐在轮椅上自行移动) |
| | | 0分, 完全依赖他人 |
| B. 1. 10 上下楼梯 | □分 | 10分, 可独立上下楼梯 |
| | | 5分, 需部分帮助(需他人搀扶, 或扶着楼梯、使用拐杖等) |
| | | 0分, 完全依赖他人 |
| B. 1. 11 日常生活活动总分 | □分 | 上述10个项目得分之和 |
| B. 1. 12 日常生活活动分级 | □级 | 0 能力完好: 总分 100 分 1 轻度受损: 总分 65-95 分 2 中度受损: 总分 45-60 分 3 重度受损: 总分 ≤40 分 |

B. 2 精神状态评估表

| | | |
|--|----------|--|
| B. 2. 1 认知功能: 此项绝大多数失能人员无法配合 | 测验 | “我说三样东西，请重复一遍，并记住，一会儿会问您”：苹果、手表、国旗 |
| | | (1) 画钟测验：“请在这儿画一个圆形时钟，在时钟上标出 10 点 45 分” |
| | 评分 □分 | (2) 回忆词语：“现在请您告诉我，刚才我要您记住的三样东西是什么？” 答：_____、_____、_____（不必按顺序） |
| | | 0 分，画钟正确（画出一个闭锁圆，指针位置准确），且能回忆出 2-3 个词 |
| 1 分，画钟错误（画的圆不闭锁，或指针位置不准确），或只回忆出 0-1 个词 | | |
| B. 2. 2 攻击行为 | □分 | 2 分，已确诊为认知障碍，如老年痴呆 |
| | | 0 分，无身体攻击行为（如打/踢/推/咬/抓/摔东西）和语言攻击行为（如骂人、语言威胁、尖叫） |
| | | 1 分，每月有几次身体攻击行为，或每周有几次语言攻击行为 |
| B. 2. 3 抑郁症状 | □分 | 2 分，每周有几次身体攻击行为，或每日有语言攻击行为 |
| | | 0 分，无 |
| | | 1 分，情绪低落、不爱说话、不爱梳洗、不爱活动 |
| B. 2. 4 精神状态总分 | □分 | 上述 3 个项目得分之和 |
| B. 2. 5 精神状态分级 | □级 | 0 能力完好：总分为 0 分 1 轻度受损：总分为 1 分 2 中度受损：总分 2-3 分 3 重度受损：总分 4-6 分 |

B. 3 感知觉与沟通评估表

| | | |
|---|----|---|
| B. 3.1 意识水平 | □分 | 0分, 神志清醒, 对周围环境警觉 |
| | | 1分, 嗜睡, 表现为睡眠状态过度延长。当呼唤或推动其肢体时可唤醒, 并能进行正确的交谈或执行指令, 停止刺激后又继续入睡 |
| | | 2分, 昏睡, 一般的外界刺激不能使其觉醒, 给予较强烈的刺激时可有短时的意识清醒, 醒后可简短回答提问, 当刺激减弱后又很快进入睡眠状态 |
| | | 3分, 昏迷, 处于浅昏迷时对疼痛刺激有回避和痛苦表情; 处于深昏迷时对刺激无反应(若评定为昏迷, 直接评定为重度失能, 可不进行以下项目的评估) |
| B. 3.2 视力: 若平日带老花镜 或近视镜, 应在佩 戴眼镜的情况下 评估 | □分 | 0分, 能看清书报上的标准字体 |
| | | 1分, 能看清楚大字体, 但看不清书报上的标准字体 |
| | | 2分, 视力有限, 看不清报纸大标题, 但能辨认物体 |
| | | 3分, 辨认物体有困难, 但眼睛能跟随物体移动, 只能看到光、颜色和形状 |
| | | 4分, 没有视力, 眼睛不能跟随物体移动 |
| B. 3.3 听力: 若平时佩戴助听 器, 应在佩戴助听 器的情况下评估 | □分 | 0分, 可正常交谈, 能听到电视、电话、门铃的声音 |
| | | 1分, 在轻声说话或说话距离超过2米时听不清 |
| | | 2分, 正常交流有些困难, 需在安静的环境或大声说话才能听到 |
| | | 3分, 讲话者大声说话或说话很慢, 才能部分听见 |
| | | 4分, 完全听不见 |
| B. 3.4 沟通交流: 包括非语言沟通 | □分 | 0分, 无困难, 能与他人正常沟通和交流 |
| | | 1分, 能够表达自己的需要及理解别人的话, 但需要增加时间或给予帮助 |
| | | 2分, 表达需要或理解有困难, 需频繁重复或简化口头表达 |
| | | 3分, 不能表达需要或理解他人的话 |
| B. 3.5 感知觉与沟 通分级 | □级 | 0 能力完好: 意识清醒, 且视力和听力评为0或1, 沟通评为0 |
| | | 1 轻度受损: 意识清醒, 但视力或听力中至少一项评为2, 或沟通评为1 |
| | | 2 中度受损: 意识清醒, 但视力或听力中至少一项评为3, 或沟通评为2; 或嗜睡, 视力或听力评定为3及以下, 沟通评定为2及以下 |
| | | 3 重度受损: 意识清醒或嗜睡, 但视力或听力中至少一项评为4, 或沟通评为3; 或昏睡/昏迷 |

B. 4 社会参与评估表

| | | |
|----------------------|----|---|
| B. 4. 1 生活能力 | □分 | 0分, 除个人生活自理外(如饮食、洗漱、穿戴、二便), 能料理家务(如做饭、洗衣、擦玻璃、铺床等)或当家管理事务(如钱财管理) |
| | | 1分, 除个人生活自理外, 能做家务(如洗碗、叠被、整理衣物等), 但欠好, 家庭事务安排欠条理 |
| | | 2分, 个人生活能自理; 只有在他人帮助下才能做些家务, 但质量不好 |
| | | 3分, 个人基本生活事务能自理(如饮食、二便), 在督促下可洗漱 |
| | | 4分, 个人基本生活事务(如饮食、二便)需要部分帮助或完全依赖他人帮助 |
| B. 4. 2 脑力或体力运作能力 | □分 | 0分, 原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作可照常进行 |
| | | 1分, 原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作能力有所下降 |
| | | 2分, 原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作明显不如以往, 部分遗忘 |
| | | 3分, 对熟练工作只有一些片段保留, 技能全部遗忘 |
| | | 4分, 对以往的知识或技能全部磨灭 |
| B. 4. 3 时间/空间定向 | □分 | 0分, 时间观念(年、月、日、时)清楚; 可单独出远门, 能很快掌握新环境的方位 |
| | | 1分, 时间观念有些下降, 年、月、日清楚, 但有时相差几天; 可单独来往于近街, 知道现住地的名称和方位, 但不知回家路线 |
| | | 2分, 时间观念较差, 年、月、日不清楚, 可知上半年或下半年; 只能单独在家附近行动, 对现住地只知名称, 不知道方位 |
| | | 3分, 时间观念很差, 年、月、日不清楚, 可知上午或下午; 只能在左邻右舍间串门, 对现住地不知名称和方位 |
| | | 4分, 无时间观念或不能单独外出 |
| B. 4. 4 人物定向 | □分 | 0分, 知道周围人们的关系, 知道祖孙、叔伯、姑娘、侄子侄女等称谓的意义; 可分辨陌生人的大致年龄和身份, 可用适当称呼 |
| | | 1分, 只知家中亲密近亲的关系(包括经常服务的医务人员、社工、护理员等), 不会分辨陌生人的大致年龄, 不能称呼陌生人 |
| | | 2分, 只能称呼家中人, 或只能照样称呼, 不知其关系, 不辨辈分 |
| | | 3分, 只认识常同住的亲人, 可称呼子女或孙子女, 可辨熟人和生人 |
| | | 4分, 只认识保护人, 不辨熟人和生人 |
| B. 4. 5 社会交往能力 | □分 | 0分, 参与社会, 在社会环境有一定的适应能力, 待人接物恰当 |
| | | 1分, 能适应单纯环境(如社区日间照料中心、养老机构内环境等), 主动接触人, 初见面时难让人发现智力问题, 不能理解隐喻语 |
| | | 2分, 脱离社会, 可被动接触, 不会主动待人, 谈话中很多不适词句, 容易上当受骗 |
| | | 3分, 勉强可与人交往, 谈吐内容不清楚, 表情不恰当 |
| | | 4分, 难以与人接触 |
| B. 4. 6 社会参与总分 | □分 | 上述5个项目得分之和 |
| B. 4. 7 社会参与分级 | □级 | 0 能力完好: 总分 0-2 分 1 轻度受损: 总分 3-7 分 2 中度受损: 总分 8-13 分 3 重度受损: 总分 14-20 分 |

照护需求等级评估结果

1 现场评估

| | | |
|------|----------------|--------------|
| 维度分级 | 1.1 日常生活活动: □级 | 1.2 精神状态: □级 |
| | 1.3 感知觉与沟通: □级 | 1.4 社会参与: □级 |

2 综合评估

| | |
|---|--|
| 2.1 综合评估标准 | <p>0级（能力完好）： 日常生活活动、精神状态、感知觉与沟通分级均为0，社会参与分级为0或1。</p> <p>一级（轻度失能）： 日常生活活动分级为0，但精神状态、感知觉与沟通中至少一项分级为1及以上；或社会参与分级为2及以上；或日常生活活动能力为1，精神状态、感知觉与沟通、社会参与中至少有一项分级为0或1。</p> <p>二级（中度失能1）： 日常生活活动能力为1，但精神状态、感知觉与沟通、社会参与均为2；或有一项为3。</p> <p>三级（中度失能2）： 日常生活活动能力为2，且精神状态、感知觉与沟通、社会参与其中1项的分级为2以下。</p> <p>四级（重度失能1）： 日常生活活动能力和精神状态为2，感知觉与沟通、社会参与均大于等于2；或日常生活活动能力为2，精神状态为3。</p> <p>五级（重度失能2）： 日常生活活动能力为3，或处于昏迷状态的可直接确定为五级。</p> |
| 2.2 综合评估结论 | <p> <input type="checkbox"/>0级（能力完好） <input type="checkbox"/>一级（轻度失能） <input type="checkbox"/>二级（中度失能1） <input type="checkbox"/>三级（中度失能2） <input type="checkbox"/>四级（重度失能1） <input type="checkbox"/>五级（重度失能2） </p> <p style="text-align: right;">本次评估有效期 月</p> |
| <p>现场评估员签名_____、_____；</p> <p>综合评估人员（评估师）签名_____、_____、_____；</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | |

注：本评估表由评估机构存档。

附件 3

青岛市长期照护需求等级评估结果告知书

| 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 (或社保卡号) |
|---|----|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 评估结论 (已包含失智症提高等级) | | <input type="checkbox"/> 0级 (能力完好) | <input type="checkbox"/> 一级 (轻度失能) |
| | | <input type="checkbox"/> 二级 (中度失能 1) | <input type="checkbox"/> 三级 (中度失能 2) |
| | | <input type="checkbox"/> 四级 (重度失能 1) | <input type="checkbox"/> 五级 (重度失能 2) |
| | | 本次评估有效期 月 | |
| 护理保险服务形式: <input type="checkbox"/> 专护 <input type="checkbox"/> 院护 <input type="checkbox"/> 家护 <input type="checkbox"/> 巡护 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | |
| 评估机构: _____ 年 月 日 | | | |
| 签收人签名: _____ 年 月 日 | | | |

注: 本表由申请人、初筛机构和评估机构各存档一份

