

ICS 01.040.03

A16

备案号：5103-2019

DB32

江苏省地方标准

DB32/T 3635—2019

养老机构入住评估服务规范

Assessment service standard of occupancy in senior care organization

2019 - 07-11 发布

2019 - 08-01 实施

江苏省市场监督管理局 发布

目 次

前言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 服务原则	2
5 评估分类	2
5.1 按评估阶段分	2
5.2 按评估内容分	2
6 评估条件	2
6.1 评估环境	2
6.2 评估人员	3
7 服务流程	4
7.1 服务流程图	4
7.2 服务程序	4
8 服务要求	4
9 结果使用	5
10 档案管理	5
11 服务评价与改进	5
附录 A（规范性附录） 评估服务流程	6
附录 B（规范性附录） 社会工作评估量表	7
附录 C（规范性附录） 评估意见表	21
附录 D（规范性附录） 医疗评估量表	22
附录 E（规范性附录） 康复评估量表	28
附录 F（规范性附录） 营养评估量表	30
附录 G（规范性附录） 护理评估量表	32
参考文献	41

前 言

本标准按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本标准由南京市民政局提出并归口。

本标准主要起草单位：南京市民政局、南京市点将台社会福利院、南京市标准化研究院。

本标准主要起草人：莫如庆、孟延书、管海、王群、吕娟、袁琳、蒋兢、夏滢、王希睿。

养老机构入住评估服务规范

1 范围

本标准规定了养老机构入住评估的服务原则、评估分类、评估条件、服务流程、服务要求、结果使用、档案管理以及服务评价与改进。

本标准适用于养老机构对申请入住的评估对象开展的入住评估服务,例行评估与即时评估可参照本标准执行。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件,仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB/T 29353 养老机构基本规范

MZ 008 老年人社会福利机构基本规范

3 术语和定义

GB/T 29353界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

相关第三方 relevant third part

为评估对象(3.2)提供资金担保,监护或委托代理责任的个人或组织,如亲属、村(居)委会、评估对象原单位等。

3.2

评估对象 evaluation object

申请入住养老机构需要接受养老服务的老年人。

3.3

试住期 adaptation stage

评估对象签订试住协议,试住在养老机构,完成入住评估(3.4)的时段。

3.4

入住评估 first check in evaluation

运用各类专业量表对申请入住养老机构的评估对象做出关于身体、智力、精神、自理能力、社会参与、康复需求、营养需求等各方面状况的评价。

3.5

例行评估 routine evaluation

正式入住后每半年对评估对象能力进行一次评估,运用各类专业量表对已入住养老机构的老年人开展关于身体、智力、精神、自理能力、社会参与、康复需求、营养需求等各方面状况的评价。

3.6

即时评估 immediately evaluation

当评估对象在机构内出现异常情况时,运用各类专业量表对其开展关于身体、智力、精神、自理能力、社会参与、康复需求、营养需求等各方面状况的评价。

4 服务原则

参与评估的工作人员应遵守以下服务原则:

- 保证评估过程客观、公正,评估资料的真实、有效、可靠;
- 遵守保密原则,不泄露评估对象的个人信息及评估资料。

5 评估分类

5.1 按评估阶段分

入住评估按评估阶段可分为试住前评估和试住期评估。

5.2 按评估人员分

入住评估按评估人员可分为社会工作评估、医疗评估、康复评估、营养评估和护理评估。

6 评估条件

6.1 评估环境

6.1.1 试住前评估

6.1.1.1 宜在评估对象家中收集评估对象自然情况、家庭关系等基本信息。

6.1.1.2 宜在专业的评估室进行生活能力、社会参与、精神状态和风险预测(潜在风险)等社会工作评估。

6.1.1.3 专业的评估室面积总和应不少于 40m²，环境安静整洁、光线明亮、空气清新、湿度适宜，宜配备的评估设施设备包括但不限于：1 桌 4 椅、餐具、专业康复阶梯、衣柜、护理床、卫浴设备、冰箱、洗衣机、微波炉等。

6.1.2 试住期评估

6.1.2.1 医疗评估及康复评估应在具有医疗资质的养老机构内完成或在养老机构外的二级及以上专业医疗机构完成检查报告后在养老机构内填写评估结果。

6.1.2.2 其他试住期评估应在养老机构内完成，评估场所应符合 MZ 008 的相关要求。

6.2 评估人员

6.2.1 人员组成

6.2.1.1 养老机构应成立评估小组。

6.2.1.2 评估小组应设组长 1 名，小组成员应至少包括 1 名社会工作者、1 名护理人员和 1 名营养师，当养老机构承担医疗评估及康复评估职责时，评估小组应至少还包括 1 名医生和 1 名康复专业人员。

6.2.2 人员资质

6.2.2.1 组长应至少拥有 3 年养老机构管理工作经历，其他小组成员应具备行业主管部门发放的专业资质。

6.2.2.2 社会工作者应具备以下条件之一：

- 社会工作专业专科及以上学历和 1 年及以上相关工作经验；
- 其他专业本科毕业、持有助理社工师及以上证书并具有 3 年及以上相关工作经验。

6.2.2.3 护理人员应具备以下条件之一：

- 通过专业技能培训并具有 3 年及以上相关工作经验；
- 具有护士及以上职业资质并具有 3 年及以上相关工作经验。

6.2.2.4 营养师应具备以下条件之一：

- 营养学专业本科及以上学历和 1 年及以上相关工作经验；
- 通过专业技能培训并具有 3 年及以上相关工作经验。

6.2.2.5 医生应具有医师资格证书及 3 年及以上相关工作经验。

6.2.2.6 康复专业人员应具有执业医师资格或康复治疗士及以上资质。

6.2.3 人员职责

6.2.3.1 社会工作者应评估评估对象的自然情况、家庭关系、生活能力、社会参与、精神状态和风险预测（潜在风险）等。

6.2.3.2 医生应通过病史采集、体格检查、辅助检查等收集评估对象健康信息并进行系统评估。

6.2.3.3 护理人员应通过观察法、调查法等专业方法，确定评估对象的能力和限制。

6.2.3.4 营养师应通过膳食调查、人体测量、临床检查等，对评估对象营养状况进行系统观察和检测，全面综合评定其营养状态。

6.2.3.5 康复专业人员应评估评估对象包括躯体功能、精神状态、言语功能在内的功能缺失的种类、性质、部位、范围、严重程度。

7 服务流程

7.1 服务流程图

入住评估服务流程图见附录A。

7.2 服务程序

7.2.1 试住前评估

7.2.1.1 社会工作者和护理人员宜前往评估对象家中了解评估对象的基本信息和家庭环境等，宜在专业的评估室评估评估对象的生活活动能力、精神状态、感知觉与沟通和社会参与等情况，填写社会工作评估量表（见附录B），并填写试住前评估的意见（见附录C）。

7.2.1.2 社会工作者应根据社会工作评估量表得出试住前评估结果，并将结果上报评估小组。评估小组应根据试住前评估结果判断是否签订试住协议。

7.2.2 试住期评估

7.2.2.1 试住期间，评估小组安排评估对象进行医疗评估、康复评估、营养评估和护理评估，完成医疗评估量表（见附录D）、康复评估量表（见附录E）、营养评估量表（见附录F）和护理评估量表（见附录G），并填写试住期评估的意见（见附录C）。

7.2.2.2 各项评估结果汇总至评估小组，由评估小组得出评估结论。

7.2.2.3 根据评估结论通知相关第三方签订养老机构服务合同或退出。

8 服务要求

8.1 评估人员在评估前应表明自己的身份，态度和蔼，使用礼貌用语。

8.2 评估人员应向评估对象和相关第三方解释评估的目的和要求，并取得评估对象或相关第三方的同意。

8.3 评估人员应尽量使用评估对象可以理解的语言，并随时解释和澄清评估对象和相关第三方的疑问。

8.4 试住前评估结果在10日内给出，试住期不宜超过15天。

8.5 每次评估应至少由2名评估人员同时进行，参与本次评估的全体人员和相关第三方对评估记录签字确认。

8.6 医疗评估在机构外进行的，应提供1个月以内的体检报告，体检项目宜包括：艾滋、梅毒、肝炎、胸片、肝肾功能、B超（肝胆胰脾及双肾）、血常规、心电图、血脂全套、脑部CT检查等。

8.7 康复评估在机构外进行的，应提供1个月以内的康复评估结果，康复评估内容见附录E。

9 结果使用

9.1 评估结果应仅作为评估对象现有健康状况的说明，而非疾病的诊断。

9.2 评估结果应作为判断评估对象能否入住养老机构的参考和确定护理等级及照护方案的依据。

9.3 评估结果应作为养老机构服务合同的附件。

10 档案管理

10.1 评估对象入住评估的相关资料应纳入其个人档案进行管理。

10.2 养老机构应建立、健全档案管理制度，设专人管理评估对象个人档案，保证档案及时更新，清晰完整，安全保密。

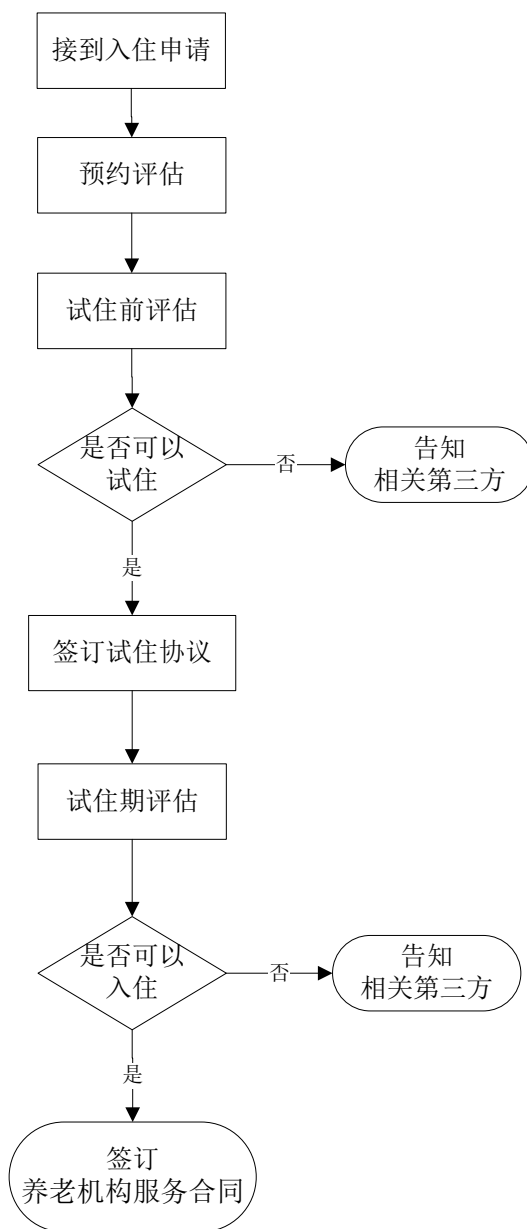
10.3 评估对象离院后，养老机构应保存其入住评估的相关资料至少5年。

11 服务评价与改进

11.1 养老机构应及时收集评估对象和相关第三方的意见和建议，并公开接收渠道。

11.2 养老机构应保障和监督评估服务质量的持续改进。

附录 A
(规范性附录)
评估服务流程



图A.1 入住评估服务流程图

附 录 B
(规范性附录)
社会工作评估量表

B.1 使用说明

B.1.1 日常生活活动能力评定表

此量表用于评估老年人的自我照顾程度。最高100分，最低0分，分值高为优，分值低为差。一般认为：0分~24分为极严重功能缺陷；25分~49分为严重功能缺陷；50分~74分为中度功能缺陷；75分~99分为轻度功能缺陷；100分为自理。

B.1.2 工具性日常生活活动力量表

B.1.2.1 工具性日常生活活动能力是指人们在社区中独立生活所需的关键性的较高级的技能，如家务杂事、炊事、采购、骑车或驾车、处理个人事务等，大多需借助工具进行。

B.1.2.2 以近1个月的表现为准，填写本量表。

B.1.2.3 日常生活活动能力评估量表得分低于75分的老年人可不填写本量表。

B.1.2.4 单个项目中选择“不适用”者，该项分数视为满分。

B.1.2.5 上街购物、外出活动、食物烹调、家务维持、洗衣服等5项中有3项及以上需要协助者即为轻度失能。

B.1.3 Morse跌倒评估量表

B.1.3.1 符合评估对象状况的项目用“√”表示

B.1.3.2 风险程度：得分 ≥ 45 分为高度风险；25分 \leq 得分 < 45 分为中度风险；得分 < 25 分为低风险。

B.1.3.3 评估对象年龄 ≥ 75 岁，视为高风险。

B.1.3.4 药物治疗包括：麻醉剂、降血压药、镇静催眠药、抗癫痫药、抗痉挛药、降糖药、利尿剂、轻泻药、抗组胺药、抗抑郁焦虑药。

B.1.3.5 跌倒追溯期为近3个月。

B.1.4 老年抑郁评估量表

B.1.4.1 适用范围

B.1.4.1.1 本量表为56岁以上者的专用抑郁筛查量表，而非抑郁症的诊断工具，每次检查需15分钟左右。临床主要评价56岁以上者的以下症状：情绪低落、活动减少易激惹、退缩，以及对过去、现在和将来的消极评价。但56岁以上主诉食欲下降、睡眠障碍等症状属于正常现象，使用该量表分数超过11分者应做进一步检查。

B.1.4.2 使用注意事项

B.1.4.2.1 该量表用口述的方式检查。口头提问时，评估人员可能要重复某些问题以获得确切的“是”或“否”的回答。

B.1.4.2.2 痴呆严重时老年抑郁评估量表效度下降。

B.1.4.2.3 评估前需告知评估对象要选择最切合其最近1周以来的感受的答案。

B.1.4.3 评分与定性

B.1.4.3.1 30个条目中每项表示抑郁的回答得1分，得分在0分~30分之间。

B.1.4.3.2 标记“*”的条目回答“否”表示抑郁，得1分；未标记“*”的条目回答“是”表示抑郁，得1分。

B.1.4.3.3 用于一般筛查目的建议采用：总得分0分~10分可视为正常范围，即无抑郁症；11分~20分为轻度抑郁；21分~30分为中重度抑郁。

B.1.5 简易精神状态检查表

B.1.5.1 使用注意事项

B.1.5.1.1 定向力：每说对1个记1分，总共5分。日期和星期差1天可计正常。月、日可以记阴历。如评估对象少说了其中1个或几个（如忘记说月份、星期几等），评估人员应补充再问1遍评估对象遗漏的内容。

B.1.5.1.2 即刻记忆：要求评估对象记忆3个性质不同的物件，告诉评估对象你可能要考察他/她的记忆力。评估人员说的时候应连续、清晰、1秒钟1个。第一次记忆的结果确定即刻记忆的分数，每说对1个给1分，总共3分。若评估对象没有全部正确说出，评估人员应重复1遍让评估对象复述。重复学习最多6次，若仍不能记忆，则后面的回忆检查则无意义。

B.1.5.1.3 注意力和计算力：从100连续减7，每错1次扣1分。评估人员不应帮助评估对象记答案，如评估对象说“20-3等于17”后，评估人员不应说“17-3等于多少？”，应说“再减3等于多少？”

B.1.5.1.4 回忆力：考查评估对象的短期记忆，说对1个给1分，总共3分。

B.1.5.1.5 语言：从命名、语言流畅性、听懂命令和阅读书写等方面考查评估对象的语言能力：

- a) 命名：给评估对象出示手表和铅笔，能正确命名各记1分；
- b) 复述：检查语言复述能力，要求评估对象复述中等难度的短句子，评估人员只能说1次，正确无误复述给1分；
- c) 三级命令：准备1张白纸，要求评估对象把纸用右手拿起来，把它对折起来，放在左腿上，3个动作各给1分，评估人员把3个命令连续说完后评估对象再做动作；
- d) 阅读书写能力：
 - 1) 阅读理解：评估对象朗读正确并能按纸写命令做出正确动作（闭上双眼）得1分；
 - 2) 书写：评估对象在纸上主动随意写1个句子，句子应有主语和谓语，必须有意义，语法和标点符号不作要求，如果评估对象在2分钟之内仍不能写出合格的句子给0分；
 - 3) 临摹：要求评估对象临摹2个交叉的五边形，交叉的图形必须是四边形，但不强求每条边

要多长，角不整齐和边不直也可忽略不计。

B.1.5.2 评分与定性

B.1.5.2.1 满分30分，每项回答正确计1分，错误、不知道、拒绝回答或不理解计0分。

B.1.5.2.2 认知功能障碍：最高得分为30分； $27分 < 得分 \leq 30分$ 为正常； $得分 \leq 27分$ 为认知功能障碍。

B.1.5.2.3 痴呆划分标准：对于文盲（未受过教育）如 $得分 \leq 17分$ 则为痴呆；对于仅受过小学程度教育（受教育年限 $\leq 6年$ ） $得分 \leq 20分$ 则为痴呆；对于受过中学程度教育及以上 $得分 \leq 24分$ 则为痴呆。

B.1.5.2.4 一般痴呆严重程度分级： $21分 \leq 得分 \leq 24分$ 为轻度痴呆； $10分 \leq 得分 \leq 20分$ 为中度痴呆； $得分 \leq 9分$ 为重度痴呆。

B.1.6 感知觉与沟通评估表

B.1.6.1 能力完好：意识清醒，且视力和听力评为0分或1分，沟通评为0分；

B.1.6.2 轻度受损：意识清醒，但视力或听力中至少一项评为2分，或沟通评为1分。

B.1.6.3 中度受损：意识清醒，但视力或听力中至少一项评为3分，或沟通评为2分；或嗜睡，视力或听力评定为3分及以下，沟通评定为2分及以下。

B.1.6.4 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分，或沟通评为3分；或昏睡/昏迷。

B.2 社会工作评估量表

B.2.1 基本信息表

基本信息表见表B.1。

B.2.2 日常生活活动能力评定表

日常生活活动能力评定表见表B.2。

B.2.3 工具性日常生活活动能力量表

工具性日常生活活动能力量表见表B.3。

B.2.4 Morse跌倒评估量表

Morse跌倒评估量表见表B.4。

B.2.5 老年抑郁量表

老年抑郁量表见表B.5。

B.2.6 简易精神状态检查表

简易精神状态检查表见表B.6。

B. 2. 7 感知觉与沟通评估表

感知觉与沟通评估表见表B. 7。

B. 2. 8 社会工作评估汇总表

社会工作评估汇总表见表B. 8。

表B.1 基本信息表

评估日期			评估地点			相关第三方	
姓名		性别		年龄		民族	
身份证号				婚姻状况		文化程度	
职业				宗教信仰		现收入及收入来源	
家庭住址							
既往病史	1、有无精神疾病_____ 2、有无传染病_____						
	3、其他疾病_____ (请写明)						
意识情况	<input type="checkbox"/> 有意识 <input type="checkbox"/> 无意识	睡眠情况		饮食习惯		辅助器材使用情况	
现居住情况				照护情况			
家庭成员情况				出席人员			
申请入住的原因		申请入住的区域		机构养老经历		保险情况	
相关第三方是否同意评估对象入住?				相关第三方能否接受收费标准?			
相关第三方对本机构在正常护理下发生意外的看法				了解本机构的途径			
相关第三方知晓本机构管理规定, 是否认可?				若评估对象入住本机构, 相关第三方前来看望的频率			
相关第三方对本机构服务的期望							
相关第三方确认签字: (本人承诺本表信息填写真实无误, 如因本表信息填写错误、失真造成不良后果, 责任由本人承担。)							
_____ 相关第三方签名: _____ 相关第三方身份证号: _____ 联系电话: _____							
_____ 年 _____ 月 _____ 日							
初步印象:							
评估人员:				记录员:			

表B.2 日常生活活动能力评定表

姓名:			性别:			年龄:			评估日期:		
项目	标 准						得分				
进食	(10分) 独立, 包括佩戴辅助工具及进行相关准备活动 (8分) 能独立, 但在以下情况需要协助, 如打开盒装牛奶、小菜瓶盖等 (5分) 在监督下进食, 要协助加入调味料、蘸酱和其他预备活动 (2分) 能操作食具, 如汤勺, 但要他人在进食过程中主动协助 (0分) 依赖										
洗澡	(5分) 没有他人在旁能自行洗澡, 包括池浴、盆浴或淋浴 (4分) 在调节水温或转移时需要监督 (3分) 转移到洗浴处清洗时需要协助 (1分) 每一个步骤都需协助 (0分) 依赖										
修饰	(5分) 评估对象能自行清洗脸、双手、梳头、刷牙, 男性能使用任何剃须刀包括插入刀片, 使用电插头, 女性能涂上护肤品 (4分) 完成所有个人卫生项目, 但在完成操作之前或之后需要协助 (3分) 在每一个或以上步骤需要协助 (1分) 每一个步骤都需协助 (0分) 不能进行整个过程, 依赖										
穿衣	(10分) 独立, 包括穿、脱腰封或支具 (8分) 需要轻度协助, 如系并纽扣、拉链、鞋带 (5分) 协助穿上或脱掉衣服 (2分) 评估对象有小量参与, 但整体需要协助 (0分) 依赖										
如厕	(10分) 独立, 包括转移、整理衣服及用便纸, 在夜间使用便椅或尿壶能自行清理 (8分) 需监督, 在夜间使用便椅或尿壶需协助清理 (5分) 整理衣服、转移或洗手时需协助 (2分) 整个过程需协助 (0分) 依赖										
大便控制	(10分) 完全控制排便, 有需要时能自行使用栓剂或灌肠 (8分) 能在监督下使用栓剂、灌肠, 偶尔失禁 (5分) 评估对象能配合合适位置, 需协助进行通便或清洁, 偶有失控现象 (2分) 需协助摆放合适位置排便及进行通便之方法 (0分) 失禁										

表 B.2 日常生活活动能力评定表（续）

小便控制	<p>(10分) 能控制, 如需要借助内置或外置便具, 能自理</p> <p>(8分) 大致能保持全日干爽, 偶尔失禁或需轻度协助使用内置或外置便具</p> <p>(5分) 保持干爽除夜间外, 需协助使用便具</p> <p>(2分) 失禁, 但能协助运用外置或内置便具</p> <p>(0分) 失禁, 或依赖他人导尿</p>	
床椅转移	<p>(15分) 独立, 包括锁轮椅、移脚踏</p> <p>(12分) 在监督下转移</p> <p>(8分) 在任何方面需他人协助</p> <p>(5分) 能参与, 但需大量协助</p> <p>(0分) 不能参与, 需两人或机器协助转移</p>	
平地移动	<p>(15分) 独立步行50米, 可使用助行器</p> <p>(12分) 在帮助或监督下步行50米</p> <p>(8分) 需协助抓住并操作助行器</p> <p>(5分) 能在一人不断协助下步行</p> <p>(0分) 依赖</p>	
使用轮椅（ 平移0-5分者）	<p>(5分) 能以轮椅行走50米, 独立停在桌、床、马桶等地方</p> <p>(4分) 能用轮椅在合理时间内行走在常使用之地域, 在转狭窄角落时需协助</p> <p>(3分) 将轮椅停在桌前、床边时需他人不断协助</p> <p>(1分) 能在短程推动轮椅</p> <p>(0分) 依赖</p>	
上下楼梯	<p>(10分) 独立上下一段楼梯, 可使用扶手或助行器</p> <p>(8分) 整体不需协助, 但因安全理由上需监督</p> <p>(5分) 上下楼梯时需监督及协助, 拿助行器</p> <p>(2分) 整个过程需协助</p> <p>(0分) 不能上下楼梯</p>	
总分:	一般结论:	
评估人员:	相关第三方确认签字:	

B.3 工具性日常生活活动力量表

姓名:		性别:		年龄:		评估日期:	
项目	标准				单项说明	得分	
使用电话的能力	(3分) 独立使用电话, 含查电话簿、拨号等 (2分) 仅可拨熟悉的电话号码 (1分) 仅会接电话, 不会拨电话 (0分) 完全不会使用电话 <input type="checkbox"/> 【不适用】				勾选1或0者, 列为失能项目。		
上街购物	(3分) 独立完成所有购物需求 (2分) 独立购买日常生活用品 (1分) 每一次上街购物都需要别人协助 (0分) 完全不会上街购物 <input type="checkbox"/> 【不适用】				勾选1或0者, 列为失能项目。		
食物烹调	(3分) 能独立计划、烹煮和摆设一顿适当的饭菜 (2分) 如果准备好一切佐料, 会做一顿适当的饭菜 (1分) 会将已做好的饭菜加热 (0分) 需要别人把饭菜煮好、摆好 <input type="checkbox"/> 【不适用】				勾选0者, 列为失能项目。		
家务维持	(4分) 能做较繁重的家事或需偶尔家事协助 (如搬动沙发、擦地板、洗窗户) (3分) 能做较简单的家事, 如洗碗、铺床、叠被 (2分) 能做家事, 但不能达到可被接受的整洁程度 (1分) 所有的家事都需要别人协助 (0分) 完全不会做家事 <input type="checkbox"/> 【不适用】				勾选1或0者, 列为失能项目。		
洗衣服	(2分) 自己清洗所有衣物 (1分) 只清洗小件衣物 (0分) 完全依赖他人 <input type="checkbox"/> 【不适用】				勾选0者, 列为失能项目。		
外出活动	(4分) 能够自己开车、骑车 (3分) 能够自己搭乘大众运输工具 (2分) 能够自己搭乘出租车但不会搭乘大众运输工具 (1分) 当有人陪同可搭出租车或大众运输工具 (0分) 完全不能出门 <input type="checkbox"/> 【不适用】				勾选1或0者, 列为失能项目。		
服用药物	(3分) 能自己负责在正确的时间用正确的药物 (2分) 需要提醒或少许协助 (1分) 如果事先准备好服用的药物份量, 可自行服用 (0分) 不能自己服用药物 <input type="checkbox"/> 【不适用】				勾选1或0者, 列为失能项目。		
处理财务的能力	(2分) 可以独立处理财务 (1分) 可以处理日常的购买, 但需要别人协助 (0分) 不能处理钱财 <input type="checkbox"/> 【不适用】				勾选0者, 列为失能项目。		
总分:		一般结论:					
评估人员:		相关第三方确认签字:					

表 B.4 Morse 跌倒评估量表

姓名:		性别:	年龄:	评估日期:
项目	标准			得分
跌倒史	(0分) 无			
	(25分) 有			
超过一个医学诊断	(0分) 无			
	(15分) 有			
行走辅助	(0分) 卧床休息、有他人照顾活动或不需			
	(15分) 使用拐杖、手杖、助行器			
	(30分) 扶靠家具、墙面行走			
药物治疗	(0分) 无			
	(20分) 有			
步行	(0分) 正常或卧床休息不能活动			
	(10分) 双下肢乏力			
	(20分) 残疾或功能障碍			
认知状态	(0分) 正常, 能量力而行			
	(15分) 认知障碍			
备注: (年龄 \geq 75岁, 视为高风险)				
总分:		一般结论:		
评估人员:		相关第三方确认签字:		

表 B.5 老年抑郁量表

姓名:		性别:		年龄:		评估日期:		
序号	项目	标准		得分				
1	你对生活基本上满意吗? *	(0分) 是	(1分) 否					
2	你是否已放弃了许多活动与兴趣?	(1分) 是	(0分) 否					
3	你是否觉得生活空虚?	(1分) 是	(0分) 否					
4	你是否常感到厌倦?	(1分) 是	(0分) 否					
5	你觉得未来有希望吗? *	(0分) 是	(1分) 否					
6	你是否因为脑子里一些想法摆脱不掉而烦恼?	(1分) 是	(0分) 否					
7	你是否大部分时间精力充沛? *	(0分) 是	(1分) 否					
8	你是否害怕会有不幸的事落到你头上?	(1分) 是	(0分) 否					
9	你是否大部分时间感到幸福? *	(0分) 是	(1分) 否					
10	你是否常感到孤立无援?	(1分) 是	(0分) 否					
11	你是否经常坐立不安, 心烦意乱?	(1分) 是	(0分) 否					
12	你是否希望呆在家里而不愿去做些新鲜事?	(1分) 是	(0分) 否					
13	你是否常常担心将来?	(1分) 是	(0分) 否					
14	你是否觉得记忆力比以前差?	(1分) 是	(0分) 否					
15	你觉得现在活着很惬意吗? *	(0分) 是	(1分) 否					
16	你是否常感到心情沉重、郁闷?	(1分) 是	(0分) 否					
17	你是否觉得像现在这样活着毫无意义?	(1分) 是	(0分) 否					
18	你是否总为过去的事忧愁?	(1分) 是	(0分) 否					
19	你觉得生活很令人兴奋吗? *	(0分) 是	(1分) 否					
20	你开始一件新的工作很困难吗?	(1分) 是	(0分) 否					
21	你觉得生活充满活力吗? *	(0分) 是	(1分) 否					
22	你是否觉得你的处境已毫无希望?	(1分) 是	(0分) 否					
23	你是否觉得大多数人比你强得多?	(1分) 是	(0分) 否					
24	你是否常为些小事伤心?	(1分) 是	(0分) 否					
25	你是否常觉得想哭?	(1分) 是	(0分) 否					
26	你集中精力有困难吗?	(1分) 是	(0分) 否					
27	你早晨起来很快活吗? *	(0分) 是	(1分) 否					
28	你希望避开聚会吗?	(1分) 是	(0分) 否					
29	你做决定很容易吗? *	(0分) 是	(1分) 否					
30	你的头脑像往常一样清晰吗? *	(0分) 是	(1分) 否					
总分:		一般结论:						
评估人员:		相关第三方确认签字:						

表 B.6 简易精神状态检查表

姓名： 性别： 年龄： 评估日期：			
类别	项目	标准	得分
定向力	1、今年是哪一年？	项目答案正确的为“1”分， 项目答案不正确的为“0”分	
	2、现在是什么季节？		
	3、现在是几月份？		
	4、今天是几号？		
	5、今天是星期几？		
	6、你目前在哪个省（市）？		
	7、你目前在哪个县（区）？		
	8、你目前在哪个乡（镇、街道）？		
	9、你目前在第几层楼？		
	10、这里是什么地方？		
即刻记忆	11、复述：皮球		
	12、复述：国旗		
	13、复述：树木		
注意力和计算力	14、计算 $100-7=?$		
	15、 $-7=?$		
	16、 $-7=?$		
	17、 $-7=?$		
	18、 $-7=?$		
回忆力	19、回忆：皮球		
	20、回忆：国旗		
	21、回忆：树木		
命名	22、辨认：手表		
	23、辨认：铅笔		
复述	24、复述：四十四只石狮子		

表 B.6 简易精神状态检查表 (续)

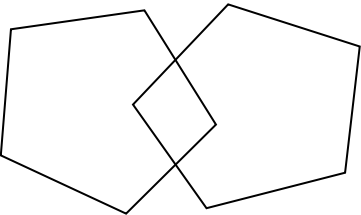
类别	项目	标准	得分
三级命令	25、用右手拿这张纸	项目答案正确的为“1”分，项目答案不正确的为“0”分	
	26、再用双手把纸对折		
	27、将纸放在左腿上		
阅读书写能力	28、按卡片上的指令去做“闭上您的眼睛”		
	29、请说一句完整的句子		
	30、下方是一幅图，请您在空白处照样把它画下来 		
总分:		一般结论:	
评估人员:		相关第三方确认签字:	

表 B.7 感知觉与沟通评估表

姓名:	性别:	年龄:	评估日期:
项目	项目内容	得分	
意识水平	(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, 当呼唤或推动评估对象的肢体时可唤醒, 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)		
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)	(0分) 能看清书报上的标准字体		
	(1分) 能看清大字体, 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		
听力: (若平时佩戴助听器, 应在佩戴助听器的情况下评估)	(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, 需在安静的环静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		
沟通交流: (包括非语言沟通)	(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		
总分:	一般结论:		
评估人员:	相关第三方确认签字:		

表 B.8 社会工作评估汇总表

量表编号	量表名称	评估结果	备注
B.2	日常生活活动能力评定表		
B.3	工具性日常生活活动力量表		
B.4	Morse跌倒评估量表		
B.5	老年抑郁量表		
B.6	简易精神状态检查表		
B.7	感知觉与沟通评估表		
评估人员：		记录员：	

附 录 C
(规范性附录)
评估意见表

C.1 评估意见表

C.1.1 试住前评估意见表

试住前评估意见表见表C.1。

表C.1 试住前评估意见表

社工评估 意见	签字（盖章） 年 月 日
评估组长 意见	签字（盖章） 年 月 日

C.1.2 试住期评估意见表

试住期评估意见表见表C.2。

表C.2 试住期评估意见表

医疗评估 意见	签字（盖章） 年 月 日
康复评估 意见	签字（盖章） 年 月 日
营养评估 意见	签字（盖章） 年 月 日
护理评估 意见	签字（盖章） 年 月 日
评估组长 意见	签字（盖章） 年 月 日

附 录 D
(规范性附录)
医疗评估量表

D.1 医疗评估量表

医疗评估量表见表D.1。

表D.1 医疗评估量表

姓名:		性别:		年龄:		评估日期:	
项目		项目内容					
1、既往病史	1.1 呼吸系统疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 慢性支气管炎 <input type="checkbox"/> 支气管扩张症 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 <input type="checkbox"/> 肺源性心脏病 <input type="checkbox"/> 肺气肿 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	1.2 内分泌疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 甲状腺功能亢进症 <input type="checkbox"/> 甲状腺功能减退症 <input type="checkbox"/> 甲状腺炎 <input type="checkbox"/> 库欣综合症 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	1.3 消化系统疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 胃食管反流病 <input type="checkbox"/> 消化性溃疡 <input type="checkbox"/> 肠易激综合症 <input type="checkbox"/> 炎症性肠病 <input type="checkbox"/> 慢性腹泻 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胆结石 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	1.4 神经系统疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 脑梗死 <input type="checkbox"/> 脑出血 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 帕金森氏症 <input type="checkbox"/> 老年痴呆症 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	1.5 循环系统疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 冠状动脉粥样硬化性心脏病 <input type="checkbox"/> 先天性心血管病 <input type="checkbox"/> 心绞痛 <input type="checkbox"/> 心肌梗死 <input type="checkbox"/> 心脏瓣膜 <input type="checkbox"/> 风湿性心脏病 <input type="checkbox"/> 心功能不全 <input type="checkbox"/> 心包疾病 <input type="checkbox"/> 动脉硬化 <input type="checkbox"/> 下肢动脉闭塞 <input type="checkbox"/> 下肢静脉曲张 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 收缩压最高 (200mmhg~180mmhg) <input type="checkbox"/> 收缩压最高 (180mmhg~160mmhg) <input type="checkbox"/> 收缩压最高 (160mmhg~140mmhg) <input type="checkbox"/> 收缩压最高 (140mmhg~120mmhg) <input type="checkbox"/> 舒张压最高 (140mmhg~120mmhg) <input type="checkbox"/> 舒张压最高 (120mmhg~110mmhg) <input type="checkbox"/> 舒张压最高 (110mmhg~100mmhg) <input type="checkbox"/> 舒张压最高 (100mmhg~90mmhg)					
	1.6 运动系统疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 椎体骨折 <input type="checkbox"/> 四肢骨折 <input type="checkbox"/> 股骨颈骨折 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	1.7 泌尿系统疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 肾小球肾炎 <input type="checkbox"/> 肾病综合征 <input type="checkbox"/> 慢性肾衰竭 <input type="checkbox"/> 其他					
	1.8 生殖系统疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 良性前列腺增生 <input type="checkbox"/> 前列腺炎 <input type="checkbox"/> 附睾炎 <input type="checkbox"/> 子宫肌瘤 <input type="checkbox"/> 阴道炎 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	1.9 血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 紫癜性疾病 <input type="checkbox"/> 其他					
	1.10 代谢和营养系统疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 痛风 <input type="checkbox"/> 骨质疏松 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病视网膜病变 <input type="checkbox"/> 糖尿病周围循环障碍 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	1.11 结缔组织和风湿病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 类风湿关节炎 <input type="checkbox"/> 骨关节炎 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	1.12 理化因素病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	1.13 精神心理系统病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 抑郁症 <input type="checkbox"/> 精神障碍 <input type="checkbox"/> 躁狂症 <input type="checkbox"/> 其他_____					

表 D.1 医疗评估量表 (续)

项目	项目内容
2.7 角膜透明	左: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 右: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
2.8 瞳孔对光反射	左: <input type="checkbox"/> 存在 <input type="checkbox"/> 迟钝 <input type="checkbox"/> 消失 右: <input type="checkbox"/> 存在 <input type="checkbox"/> 迟钝 <input type="checkbox"/> 消失
2.9 耳: 听力	<input type="checkbox"/> 正常 (可正常交谈, 能听到电视、电话门铃音) <input type="checkbox"/> 轻度障碍 (正常交流有些困难, 需要安静的环境或大声说话) <input type="checkbox"/> 中度障碍 (讲话者大声说话或说话很慢, 才能部分听见) <input type="checkbox"/> 重度障碍 (完全听不见)
2.10 鼻: 鼻唇沟对称	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 左侧变浅 <input type="checkbox"/> 右侧变浅
2.11 口腔: 伸舌	<input type="checkbox"/> 居中 <input type="checkbox"/> 偏右 <input type="checkbox"/> 偏左
2.12 口角歪斜	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 向左侧歪斜 <input type="checkbox"/> 向右侧歪斜
2.13 咽部充血	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
2.14 扁桃体	<input type="checkbox"/> 无肿大 <input type="checkbox"/> 一度肿大 <input type="checkbox"/> 二度肿大 <input type="checkbox"/> 三度肿大
2.15 咽反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
2.16 口唇紫绀	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
2.17 浅表淋巴结: 肿大	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 颌上 <input type="checkbox"/> 腋下 <input type="checkbox"/> 腹股沟 <input type="checkbox"/> 颈下 <input type="checkbox"/> 锁骨上 <input type="checkbox"/> 耳前 <input type="checkbox"/> 耳后 <input type="checkbox"/> 颈前 <input type="checkbox"/> 颈后 <input type="checkbox"/> 膈窝 <input type="checkbox"/> 其他
2.18 心律	<input type="checkbox"/> 规则 <input type="checkbox"/> 不规则 <input type="checkbox"/> 绝对不规则
2.19 胸: 外形	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 畸形
2.20 心间搏动位置	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常
2.21 心音	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 心音强 <input type="checkbox"/> 心音弱 <input type="checkbox"/> 强弱不等
2.22 心率	<input type="checkbox"/> 40次/分~50次/分 <input type="checkbox"/> 50次/分~60次/分 <input type="checkbox"/> 60次/分~70次/分 <input type="checkbox"/> 70次/分~80次/分 <input type="checkbox"/> 80次/分~90次/分 <input type="checkbox"/> 90次/分~100次/分 <input type="checkbox"/> 100次/分~110次/分 <input type="checkbox"/> 110以上次/分 <input type="checkbox"/> 40以下次/分
2.23 肺脏: 听诊: 呼吸音	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 粗 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 低
2.24 干湿啰音	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
2.25 腹部: 外形	<input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 凹陷
2.26 腹壁静脉显露	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
2.27 腹肌紧张	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
2.28 压痛	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
2.29 反跳痛	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有

2、体格检查

表 D.1 医疗评估量表 (续)

项目	项目内容	
2、体格检查	2.30 肿块 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	2.31 肝肋下 <input type="checkbox"/> 未及 <input type="checkbox"/> 及	
	2.32 脾肋下 <input type="checkbox"/> 未及 <input type="checkbox"/> 及	
	2.33 肠鸣音 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亢进 <input type="checkbox"/> 减少	
	2.34 移动性浊音 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	2.35 肾区扣击痛 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	2.36 肛门直肠外生殖器：外形 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常	
	2.37 痔疮 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	2.38 肛裂 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	2.39 肛痿 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	2.40 脱肛 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	2.41 脊柱 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 畸形	
	2.42 四肢 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 畸形	
	2.43 双手震颤 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	2.44 下肢浮肿 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	2.45 肌张力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 升高 <input type="checkbox"/> 减弱	
	2.46 肌力	左上肢： <input type="checkbox"/> 5级 <input type="checkbox"/> 4级 <input type="checkbox"/> 3级 <input type="checkbox"/> 2级 <input type="checkbox"/> 1级 <input type="checkbox"/> 0级 右上肢： <input type="checkbox"/> 5级 <input type="checkbox"/> 4级 <input type="checkbox"/> 3级 <input type="checkbox"/> 2级 <input type="checkbox"/> 1级 <input type="checkbox"/> 0级 左下肢： <input type="checkbox"/> 5级 <input type="checkbox"/> 4级 <input type="checkbox"/> 3级 <input type="checkbox"/> 2级 <input type="checkbox"/> 1级 <input type="checkbox"/> 0级 右下肢： <input type="checkbox"/> 5级 <input type="checkbox"/> 4级 <input type="checkbox"/> 3级 <input type="checkbox"/> 2级 <input type="checkbox"/> 1级 <input type="checkbox"/> 0级
	2.47 神经系统：生理反射：肱二肌反射 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 减弱 <input type="checkbox"/> 亢进 <input type="checkbox"/> 无	
	2.48 膝反射 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 减弱 <input type="checkbox"/> 亢进 <input type="checkbox"/> 无	
	2.49 病理反射：克氏症 左： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性 右： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性	
2.50 病理反射：巴氏症 左： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性 右： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性		
3、各系统存在的急性情况	3.1 <input type="checkbox"/> 急性支气管炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 胸膜疾病 <input type="checkbox"/> 肺栓塞 <input type="checkbox"/> 呼吸衰竭 <input type="checkbox"/> 下肢深静脉血栓 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	3.2 <input type="checkbox"/> 消化道出血 <input type="checkbox"/> 肝性脑病 <input type="checkbox"/> 胰腺炎 <input type="checkbox"/> 梗阻性化脓性胆管炎 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	3.3 <input type="checkbox"/> 心力衰竭 <input type="checkbox"/> 恶性心律失常 <input type="checkbox"/> 急性冠脉综合征 <input type="checkbox"/> 高血压急症 <input type="checkbox"/> 其他_____	

表 D.1 医疗评估量表（续）

项目		项目内容
3、各系统存在的急性情况	3.4	<input type="checkbox"/> 急性脑血管意外 <input type="checkbox"/> 其他_____
	3.5	<input type="checkbox"/> 低血糖症 <input type="checkbox"/> 糖尿病酮症酸中毒 <input type="checkbox"/> 非酮症性高渗性昏迷 <input type="checkbox"/> 其他_____
	3.6	<input type="checkbox"/> 急性尿路感染 <input type="checkbox"/> 急性肾衰竭 <input type="checkbox"/> 其他_____
	3.7	<input type="checkbox"/> 水电解质紊乱 <input type="checkbox"/> 酸碱平衡失常 <input type="checkbox"/> 休克
	3.8	<input type="checkbox"/> 镇静催眠药中毒 <input type="checkbox"/> 中暑 <input type="checkbox"/> 其他_____
	3.9	<input type="checkbox"/> 其他_____
评估结果:		
医生建议:		
评估人员:	相关第三方确认签字:	

附 录 E
(规范性附录)
康复评估量表

E.1 康复评估量表

康复评估量表见表E.1。

表E.1 康复评估量表

姓名:	性别:	年龄:	评估日期:
项目	项目内容		
病情评估	<input type="checkbox"/> 脑出血 <input type="checkbox"/> 脑梗死 <input type="checkbox"/> 脑外伤 <input type="checkbox"/> 癫痫发作 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 认知障碍 <input type="checkbox"/> 其他_____		
既往疾病史	<input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	有没有辅助工具	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
专科评估	1、平衡功能	<input type="checkbox"/> 无法测量 (NA) <input type="checkbox"/> 可以测量	
		(1) 坐位平衡	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
		(2) 站位平衡	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	2、感觉检查	(1) 深感觉	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常
		(2) 浅感觉	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常
	3、疼痛	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
	4、情绪状态	<input type="checkbox"/> 焦虑 <input type="checkbox"/> 忧郁 <input type="checkbox"/> 恐惧 <input type="checkbox"/> 失望 <input type="checkbox"/> 其他	
	5、移动方式	<input type="checkbox"/> 独立步行 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 扶行 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 卧床	
	6、休闲能力评估	(1) 安静娱乐 (如: 手工、阅读)	<input type="checkbox"/> 独立 <input type="checkbox"/> 部分参与 <input type="checkbox"/> 不参与
		(2) 活动性娱乐 (如: 散步、健身操)	<input type="checkbox"/> 独立 <input type="checkbox"/> 部分参与 <input type="checkbox"/> 不参与
(3) 社交活动 (如: 串门、打电话)		<input type="checkbox"/> 独立 <input type="checkbox"/> 部分参与 <input type="checkbox"/> 不参与	
评估结果:			
康复价值及建议:			
评估人员:		相关第三方确认签字:	

附 录 F
(规范性附录)
营养评估量表

F.1 营养评估量表

F.1.1 营养评估量表见表F.1。

F.1.2 此量表赋分部分总分为14分，得分 ≤ 7 分表示营养不良；8分 \leq 得分 ≤ 11 分表示存在营养不良风险；得分 ≥ 12 分表示营养状况良好。

F.1.3 此量表未赋分部分符合评估对象状况的项目用“√”表示。

表F.1 营养评估量表

姓名:		性别:	年龄:	评估日期:	
序号	项目	标准		得分	
1	在最近3个月内, 是否有食欲减退、咀嚼或吞咽等消化问题导致食物摄入量减少?	(0分)严重的食欲减退 (2分)没有食欲减退	(1分)中等程度的食欲减退		
2	最近1个月内体重是否减轻?	(0分)体重减轻超过3kg (2分)体重减轻1kg~3kg	(1分)不清楚 (3分)没有体重减轻		
3	活动情况如何?	(0分)卧床或坐在椅子上 (2分)能出门	(1分)能下床/椅, 但不能出门		
4	在过去的3个月内是否有过心理创伤或罹患急性病?	(0分)是	(2分)否		
5	是否精神心理问题?	(0分)严重的痴呆或抑郁 (2分)无心理问题	(1分)轻度痴呆		
6	BMI是多少?	(0分) $BMI \leq 19 \text{kg/m}^2$ (2分) $21 \text{kg/m}^2 < BMI \leq 23 \text{kg/m}^2$	(1分) $19 \text{kg/m}^2 < BMI \leq 21 \text{kg/m}^2$ (3分) $BMI > 23 \text{kg/m}^2$		
7	小腿围(CC)是多少?	(0分) $CC < 31 \text{cm}$	(3分) $CC \geq 31 \text{cm}$		
8	白蛋白(ALB)?	<input type="checkbox"/> $ALB < 35 \text{g/L}$	<input type="checkbox"/> $ALB \geq 35 \text{g/L}$		
9	饮食方式?	<input type="checkbox"/> 流食 <input type="checkbox"/> 半流食 <input type="checkbox"/> 软食 <input type="checkbox"/> 普食			
10	饮食量及餐次是否规律?	<input type="checkbox"/> 不规律 <input type="checkbox"/> 规律			
11	营养能量及营养素摄入情况?	<input type="checkbox"/> 能量摄入不足 <input type="checkbox"/> 蛋白质摄入不足 <input type="checkbox"/> 可能存在维生素及矿物质摄入不足 <input type="checkbox"/> 可能存在必需脂肪酸摄入不足 <input type="checkbox"/> 摄入尚可 <input type="checkbox"/> 均摄入正常			
评估结果:					
医生建议:					
评估人员:			相关第三方确认签字:		
注: 仅在无法测量BMI数值时测量小腿围(CC)。					

附 录 G
(规范性附录)
护理评估量表

G.1 使用说明

G.1.1 坠床/跌倒危险因子评估表

G.1.1.1 此量表用于评估老年人跌倒或坠床风险，按评估对象实际情况勾选分值。

G.1.1.2 一般认为总分 ≤ 2 分为低风险；3分为中度风险； ≥ 4 分为高风险。

G.1.1.3 服用影响意识或活动的药物：复选项目，评估对象近三个月内服用其中一种药物计1分，服用多种则累计得分，最高5分。

G.1.2 压疮评估量表

G.1.2.1 此量表用于评估老年人发生压疮的风险，按评估对象实际情况勾选分值。

G.1.2.2 一般认为总分 ≤ 12 分为高风险、极易发生压疮；13分为中度风险、有发生压疮可能； ≥ 14 分为低风险、潜在发生压疮可能。

G.1.3 噎食风险评估表

G.1.3.1 此量表用于评估老年人发生噎食的风险，按评估对象实际情况勾选分值。

G.1.3.2 一般认为总分0分~5分可视为正常范围；6分~10分为危险；11分~15分为高危；16分~20分为极高危。

G.1.4 吞咽困难评估量表

G.1.4.1 此量表用于评估老年人吞咽情况，按评估对象实际情况勾选分值。

G.1.4.2 一般认为0分为正常；2分为存在吞咽困难现象，有噎食窒息风险；4分为存在较重的吞咽困难现象，有中度噎食窒息风险；5分为存在严重吞咽困难现象，噎食窒息风险极高；6分为饮水或吞食会窒息，必须用鼻饲管。

G.2 护理评估量表

G.2.1 护理基本信息评估量表

护理基本信息评估量表见表G.1。

G.2.2 坠床/跌倒危险因子评估表、

坠床/跌倒危险因子评估表见表G.2。

G. 2.3 压疮评估量表

压疮评估量表见表G.3。

G. 2.4 噎食风险评估表

噎食风险评估表见表G.4。

G. 2.5 吞咽困难评估量表

吞咽困难评估量表见表G.5。

G. 2.6 导管评估记录表

导管评估记录表见表G.6。

G. 2.7 失禁评估表

失禁评估表见表G.7。

表G.1 护理基本信息评估量表

姓名:	性别:	年龄:	评估日期:
项目	项目内容		
过敏史: 食物	<input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 无		
意识状态	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 淡漠 <input type="checkbox"/> 模糊 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 昏迷		
皮肤完整性	<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 压疮 <input type="checkbox"/> 疥疮		
牙齿	<input type="checkbox"/> 残根 <input type="checkbox"/> 假牙(有) <input type="checkbox"/> 假牙(无)		
感知	1、视力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 戴镜	
	2、听力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 借助助听器 <input type="checkbox"/> 耳鸣 <input type="checkbox"/> 耳聋	
	3、眼疾	<input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 失明(左) <input type="checkbox"/> 失明(右) <input type="checkbox"/> 失明(双侧) <input type="checkbox"/> 无	
膳食	1、禁忌食物	<input type="checkbox"/> 鱼虾 <input type="checkbox"/> 豆浆 <input type="checkbox"/> 牛羊肉 <input type="checkbox"/> 牛奶 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	2、食量	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较多 <input type="checkbox"/> 较少	
睡眠	<input type="checkbox"/> 睡眠正常 <input type="checkbox"/> 入睡困难 <input type="checkbox"/> 易醒 <input type="checkbox"/> 早醒 <input type="checkbox"/> 多梦 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 药物助眠		
大小便情况	1、排便	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 排便监护	
	2、排尿	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 潴留 <input type="checkbox"/> 尿频 <input type="checkbox"/> 尿急 <input type="checkbox"/> 留置尿管	
	3、辅助排便方式	<input type="checkbox"/> 药物 <input type="checkbox"/> 通便 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 无	
个人嗜好	1、饮酒	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 偶尔饮酒 <input type="checkbox"/> 经常饮酒	
	2、吸烟	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 偶尔吸烟 <input type="checkbox"/> 经常吸烟	
曾经是否有走失的经历?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
在评估期间是否有走失经历?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
评估结果:			
评估人员:	相关第三方确认签字:		

表G.2 坠床/跌倒危险因子评估表

姓名:	性别:	年龄:	评估日期:
项目	标准	得分	
最近一年曾有不明原因跌倒经历?	(1分) 是 (0分) 否		
意识障碍	(1分) 是 (0分) 否		
视力障碍(单盲、双盲、弱视、白内障、青光眼、眼底病、复视等)	(1分) 是 (0分) 否		
活动障碍、肢体偏瘫	(3分) 是 (0分) 否		
年龄 \geq 65周岁	(1分) 是 (0分) 否		
体能虚弱(生活部分自理, 白天过半天要卧床或座椅)	(3分) 是 (0分) 否		
头晕、晕眩、体位性低血压	(2分) 是 (0分) 否		
住院中无家人或其他人员陪伴	(1分) 是 (0分) 否		
服用影响意识或活动的药物(复选)	(1分) 散瞳剂 (1分) 镇静安眠剂 (1分) 降压利尿剂 (1分) 阵挛抗癫剂 (1分) 麻醉止痛剂		
总分:	一般结论:		
评估人员:	相关第三方确认签字:		

表G.3 压疮评估量表

姓名:		性别:		年龄:		评估日期:	
项目	标准				得分		
身体状况	(4分) 良好 (3分) 尚好 (2分) 虚弱 (1分) 非常差						
精神状况	(4分) 清醒 (3分) 淡漠 (2分) 模糊 (1分) 昏迷						
活动情况	(4分) 活动自如 (3分) 扶助行走 (2分) 依赖轮椅 (1分) 卧床不起						
运动能力	(4分) 运动自如 (3分) 轻度受限 (2分) 重度受限 (1分) 运动障碍						
失禁情况	(4分) 能控制 (3分) 尿失禁 (2分) 大便失禁 (1分) 二便失禁						
总分:		一般结论:					
评估人员:		相关第三方确认签字:					

表G.4 噎食风险评估表

姓名:	性别:	年龄:	评估日期:
项目	标准	得分	
年龄>65岁	是(1分) 否(0分)		
阿尔兹海默病中重度	是(2分) 否(0分)		
血管性痴呆	是(3分) 否(0分)		
口服镇静药、流涎明显、吞咽困难	是(4分) 否(0分)		
自我意识不清	是(1分) 否(0分)		
自我控制差,有抢食行为(包括糖尿病抢食等)	是(2分) 否(0分)		
少牙、无牙、或全副假牙	是(4分) 否(0分)		
长期卧床不起	是(1分) 否(0分)		
慢性阻塞性肺部疾病、喘息、咳嗽、咳痰明显	是(2分) 否(0分)		
总分:	一般结论:		
评估人员:	相关第三方确认签字:		

表G.5 吞咽困难评估量表

姓名:	性别:	年龄:	评估日期:
标准			得分
(0分) 没有异常			
(2分) 有一定困难, 吃饭或喝水缓慢, 喝水时停顿比通常次数多			
(4分) 进食明显缓慢, 避免一些食物或流食			
(5分) 仅能吞咽一种特殊的饮食, 如单一的或绞碎的食物			
(6分) 不能吞咽, 必须用鼻饲管			
总分:		一般结论:	
评估人员:		相关第三方确认签字:	

表G.6 导管评估记录表

姓名:	性别:	年龄:	评估日期:
项目	项目内容		
导管名称	<input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 各类造瘘管 <input type="checkbox"/> 胸腔引流管	<input type="checkbox"/> 伤口引流管 <input type="checkbox"/> 腹腔引流管 <input type="checkbox"/> 动脉留置针	<input type="checkbox"/> 普通氧气管、普通胃管 <input type="checkbox"/> (口/鼻)气管插管 <input type="checkbox"/> 其他_____
位置是否正确	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
固定是否牢固	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
导管是否畅通	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
导管局部皮肤情况是否良好	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
引流物是否异常	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无	
评估结果:			
评估人员:		相关第三方确认签字:	

表G.7 失禁评估表

姓名： 性别： 年龄： 评估日期：		
直接因素 评估：		
以下评估内容旨在评价评估对象的失禁状况，并确定相应的护理措施。		
项目	标准	级别
排泄控制	(A级) 自主排泄，并能保持清洁 (B级) 有意识，偶尔小便失禁，但可自行如厕，或者经常小便失禁但使用纸尿裤 (C级) 无意识，小便完全失禁或大小便失禁，完全依赖纸尿裤或使用导尿管	
间接因素 评估：		
以下旨在评价失禁相关的状况，情况越差，需要的协助越多，需要护理员投入的工作量、时间以及关注也越多。		
项目	评估内容描述	得分
活动能力	(0分) 独立行动，能自主如厕 (10分) 使用安全保护或辅助用具协助完成，如厕时需要一定协助 (20分) 不能行动或完全需要帮助，卧床	
液体摄入	(0分) 适当的饮水量1200毫升≤每天总计 或4次≤每天饮水 (10分) 饮水量800毫升≤每天总计<1200毫升 或2次≤每天饮水<4次 (20分) 确诊为脱水，饮水总计<800毫升 或 每天饮水≤1次	
皮肤	(0分) 皮肤健康完好 (10分) 皮肤轻度敏感/有压疮/红肿/溃烂 (20分) 皮肤严重敏感，有发炎、破损、溃烂等	
认知能力	(0分) 反映灵敏并正常交谈 (10分) 有一定沟通障碍，但是可以通过工具表达自己 (20分) 严重沟通障碍，基本不能表达	
合计		
直接因素级别：	A级——密切关注身体情况，保持现状，无需失禁护理 B级，且得分≤20——失禁三级护理	<u>评估对象</u> <u>需要的失禁护理级别：</u> 失禁_____级护理
间接因素得分：	B级，且20<得分——失禁二级护理 C级，且得分≤30——失禁二级护理 C级，且30<得分——失禁一级护理	
评估人员：		相关第三方确认签字：

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国老年人权益保障法
 - [2] MZ/T 039-2013 老年人能力评估
 - [3] DB11/T 305—2005 养老服务机构老年人健康评估服务规范
 - [4] DB34/T 2626-2016 养老机构休养人员入住评估规范
 - [5] DB41/T 1370—2017 养老机构入住评估规范
-