

日常生活活動功能量表 (ADL)

個案姓名：_____ 性別：_____ 出生：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地址：_____ 縣市 _____ 鄉鎮市 _____ 村里 _____ 鄰 _____ 街路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

項 目	分 數	內 容
一、進食	10	<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的食物，若需使用進食輔具時，應會自行穿脫)。
	5	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。
	0	<input type="checkbox"/> 無法自行取食或耗費時間過長。
二、輪椅與床位間的移位	15	<input type="checkbox"/> 可獨立完成，包括輪椅的煞車及移開腳踏板。
	10	<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。
	5	<input type="checkbox"/> 可自行從床上坐起來，但移位時仍需要人幫忙。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙方可坐起來或需兩人幫忙方可移位。
三、個人衛生	5	<input type="checkbox"/> 可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
四、上廁所	10	<input type="checkbox"/> 可自行進出廁所，不會弄髒衣服並能穿好，衣服使用便盆者，可自行清理便盆。
	5	<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。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
五、洗澡	5	<input type="checkbox"/> 可獨立完成(不論是盆浴或是沐浴)
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
六、行走於平地上	15	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可獨自行走 50 尺以上。
	10	<input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭指導方可行走 50 尺以上。
	5	<input type="checkbox"/> 雖無法行走，但可獨自操縱輪椅(包括轉彎、進門、及接近桌子、床沿)並可推行輪椅 50 以上。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙推輪椅。
七、上下樓梯	10	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯(允許抓扶手、用拐杖)。
	5	<input type="checkbox"/> 需稍微幫忙或口頭指導。
	0	<input type="checkbox"/> 無法上下樓梯。
八、穿脫衣服	10	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。
	5	<input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
九、大便控制	10	<input type="checkbox"/> 不會失禁，並可自行使用塞劑。
	5	<input type="checkbox"/> 偶爾會失禁(每週不超過一次)或使用塞劑時需別人幫助。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人處理。
十、小便控制	10	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。
	5	<input type="checkbox"/> 偶爾會尿失禁(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)或需別人幫忙處理尿套。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人處理。
總 分		

0 分 20 分 40 分 60 分 80 分 100 分

→ 完全依賴 → → 嚴重依賴 → → 顯著依賴 → → 功能獨立 →

(60 分以下為重度失能)

辦理單位：_____ (蓋章)

鑑定者：_____ (蓋章)