

แบบประเมินภาวะสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care)

ชื่อ-สกุล เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุปี

โรค

เลขประจำตัวประชาชน.....สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า/แยก ☐ สมณะ ☐ ไม่ทราบ

สิทธิการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง กทม.) ☐ หลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง ตจว.) ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม

☐ สิทธิว่าง ☐ ต่างด้าว ☐ ไม่มีสิทธิ ☐ อื่นๆระบุ.....

บ้านเลขที่ ชื่อที่อยู่..... ชื่อชุมชน..... หมู่..... ซอย..... แยก.....

ถนน แขวง เขต จังหวัด.....

ชื่อผู้ดูแล อายุ โทร.....

ความสัมพันธ์ ☐ สามเณร/ภรรยา ☐ บุตร ☐ ญาติ ☐ รับจ้าง ☐ จิตอาสา ☐ อสส ☐ อื่นๆ

ระบุ.....ช่องทางที่พบ ☐ พบเอง ☐ จากการส่งต่อ ระบบส่งต่อรับจาก ☐ ภายใน ☐ ภายนอก

(ระบุ).....โรงพยาบาล.....

ส่งไปรักษาต่อที่ ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ภายใน ☐ ภายนอก(ระบุ).....โรงพยาบาล.....

การประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) ๖ กลุ่มโรค

- ☐ ๑. กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้
- ☐ ๒. กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
- ☐ ๓. กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย
- ☐ ๔. กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความพิการอย่างรุนแรง
- ☐ ๕. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ☐ ๖. กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ

การประเมินผู้สูงอายุ ☐ กลุ่มติดสังคม (ADL ๑๒ คะแนนขึ้นไป) ☐ กลุ่มติดบ้าน (ADL ๕-๑๑ คะแนน) ☐ กลุ่มติดเตียง (ADL ๐-๔ คะแนน)

หัวข้อประเมิน	ครั้งที่ ๑ วันที่.....	ครั้งที่ ๒ วันที่.....	ครั้งที่ ๓ วันที่.....
ลักษณะทั่วไป
๑. ด้านร่างกาย	T.....°C , P.....bpm, R.....bpm, BP.....mmHg , BMIkg/m ² BW..... kg. ,HT.....cm. รอบเอว.....ซม. รอบสะโพก.....ซม. DTX.....mg %	T.....°C , P.....bpm, R.....bpm, BP.....mmHg , BMIkg/m ² BW..... kg. ,HT.....cm. รอบเอว.....ซม. รอบสะโพก.....ซม. DTX.....mg %	T.....°C , P.....bpm, R.....bpm, BP.....mmHg , BMIkg/m ² BW..... kg. ,HT.....cm. รอบเอว.....ซม. รอบสะโพก.....ซม. DTX.....mg %
๒. อาการ /อาการแสดง
ความผิดปกติ ที่พบ	<input type="checkbox"/> หอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอแห้งๆ <input type="checkbox"/> ไอมีเสมหะ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> หอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอแห้งๆ <input type="checkbox"/> ไอมีเสมหะ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> หอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอแห้งๆ <input type="checkbox"/> ไอมีเสมหะ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
ความพิการ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ
อาการอ่อนแรง/ชา	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
แผล/ แผลกดทับ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ตำแหน่ง/ลักษณะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ตำแหน่ง/ลักษณะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ตำแหน่ง/ลักษณะ
อาการปวด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีตำแหน่ง/ลักษณะ Pain score (เต็ม ๑๐ คะแนน) = <input type="checkbox"/> ต้องใช้ยา(ชื่อยา).....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีตำแหน่ง/ลักษณะ Pain score (เต็ม ๑๐ คะแนน) = <input type="checkbox"/> ต้องใช้ยา(ชื่อยา).....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีตำแหน่ง/ลักษณะ Pain score (เต็ม ๑๐ คะแนน) = <input type="checkbox"/> ต้องใช้ยา(ชื่อยา).....
อาการบวม	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ตำแหน่ง / ระยะเวลาPitting edema grade.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ตำแหน่ง / ระยะเวลาPitting edema grade.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ตำแหน่ง / ระยะเวลาPitting edema grade.....

หัวข้อประเมิน	ครั้งที่ ๑ วันที่.....	ครั้งที่ ๒ วันที่.....	ครั้งที่ ๓ วันที่.....
ฝัน/ คั่น	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
๓. การตรวจตาประจำปี	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุปี..... <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจระบุปี..... <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจระบุปี..... <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ.....
๔. อาการโรคแทรกซ้อน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... โรค.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... โรค.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... โรค.....
๕. การรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....
๖.สภาวะทันตสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ต้องการคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก <input type="checkbox"/> ส่งต่อเพื่อรักษาสุขภาพช่องปาก <input type="checkbox"/> นัดทันตกรรมบุคลากรตรวจเยี่ยม	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ต้องการคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก <input type="checkbox"/> ส่งต่อเพื่อรักษาสุขภาพช่องปาก <input type="checkbox"/> นัดทันตกรรมบุคลากรตรวจเยี่ยม	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ต้องการคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก <input type="checkbox"/> ส่งต่อเพื่อรักษาสุขภาพช่องปาก <input type="checkbox"/> นัดทันตกรรมบุคลากรตรวจเยี่ยม
๗. การขับถ่าย	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ
๘. ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรม	<input type="checkbox"/> ภาวะอ้วน <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ภาวะอ้วน <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ภาวะอ้วน <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> อื่นๆ
๙. การใช้ ยาวิตามิน /อาหารเสริม/สมุนไพร <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่แพ้ยา <input type="checkbox"/> แพ้ยา ระบุ..... <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่แพ้ยา <input type="checkbox"/> แพ้ยา ระบุ..... <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่แพ้ยา <input type="checkbox"/> แพ้ยา ระบุ.....
ปัญหาการใช้ยาที่ควรปรึกษาเภสัชกร	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาในการใช้ยา <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการใช้ยาหลายชนิด <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่ใช้ยา HAD <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่หายาทางสายอาหาร <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาในการใช้ยา <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการใช้ยาหลายชนิด <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่ใช้ยา HAD <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่หายาทางสายอาหาร <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาในการใช้ยา <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการใช้ยาหลายชนิด <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่ใช้ยา HAD <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่หายาทางสายอาหาร <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
๑๐. ผล lab ต่างๆ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
๑๑.อุปกรณ์ทางการแพทย์	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
๑๒. สภาพอารมณ์/จิตใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
๑๓. สภาพปัญหาทางสังคม	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
๑๔. สภาพปัญหาทางเศรษฐกิจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....

หัวข้อประเมิน	ครั้งที่ ๑ วันที่.....	ครั้งที่ ๒ วันที่.....	ครั้งที่ ๓ วันที่.....
๑๕. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care)	<input type="checkbox"/> ๑. ดูแลตัวเองได้ดี <input type="checkbox"/> ๒. ดูแลตนเองได้บางส่วน <input type="checkbox"/> ๓. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแล Barthel ADL index	<input type="checkbox"/> ๑.ดูแลตัวเองได้ดี <input type="checkbox"/> ๒. ดูแลตนเองได้บางส่วน <input type="checkbox"/> ๓. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแล Barthel ADL index	<input type="checkbox"/> ๑.ดูแลตัวเองได้ดี <input type="checkbox"/> ๒. ดูแลตนเองได้บางส่วน <input type="checkbox"/> ๓. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแล Barthel ADL index
๑๖. การพบแพทย์ตามนัด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
๑๗. กิจกรรมการพยาบาล (ตอบได้มากกว่า ๑ข้อ)	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI
	<input type="checkbox"/> วัดรอบเอว / รอบสะโพก <input type="checkbox"/> คัดกรองภาวะสุขภาพ	<input type="checkbox"/> วัดรอบเอว / รอบสะโพก <input type="checkbox"/> คัดกรองภาวะสุขภาพ	<input type="checkbox"/> วัดรอบเอว / รอบสะโพก <input type="checkbox"/> คัดกรองภาวะสุขภาพ
	<input type="checkbox"/> คัดกรองทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ประเมินพัฒนาการเด็ก	<input type="checkbox"/> คัดกรองทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ประเมินพัฒนาการเด็ก	<input type="checkbox"/> คัดกรองทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ประเมินพัฒนาการเด็ก
	<input type="checkbox"/> เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX)	<input type="checkbox"/> เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX)	<input type="checkbox"/> เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX)
	<input type="checkbox"/> ดูแลรักษานามัยช่องปาก <input type="checkbox"/> เช็ดตัวลดไข้	<input type="checkbox"/> ดูแลรักษานามัยช่องปาก <input type="checkbox"/> เช็ดตัวลดไข้	<input type="checkbox"/> ดูแลรักษานามัยช่องปาก <input type="checkbox"/> เช็ดตัวลดไข้
	<input type="checkbox"/> ทำแผล <input type="checkbox"/> ให้ยาตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> ให้การรักษาเบื้องต้น.....	<input type="checkbox"/> ทำแผล <input type="checkbox"/> ให้ยาตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> ให้การรักษาเบื้องต้น.....	<input type="checkbox"/> ทำแผล <input type="checkbox"/> ให้ยาตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> ให้การรักษาเบื้องต้น.....
	<input type="checkbox"/> ให้ภูมิคุ้มกันโรค <input type="checkbox"/> ฉีดยา <input type="checkbox"/> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	<input type="checkbox"/> ให้ภูมิคุ้มกันโรค <input type="checkbox"/> ฉีดยา <input type="checkbox"/> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	<input type="checkbox"/> ให้ภูมิคุ้มกันโรค <input type="checkbox"/> ฉีดยา <input type="checkbox"/> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
	<input type="checkbox"/> สอน สาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ	<input type="checkbox"/> สอน สาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ	<input type="checkbox"/> สอนสาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ
	<input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำ/ปรึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพ เรื่อง.....	<input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำ/ปรึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพ เรื่อง.....	<input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำ/ปรึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพ เรื่อง.....
	<input type="checkbox"/> ติดตามไปรับบริการ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสมรรถภาพ	<input type="checkbox"/> ติดตามไปรับบริการ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสมรรถภาพ	<input type="checkbox"/> ติดตามไปรับบริการ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสมรรถภาพ
	<input type="checkbox"/> ถ่ายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ถ่ายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ถ่ายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ.....
	<input type="checkbox"/> ใส่/ดูแล สายสวนปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ใส่/ดูแล สายยางให้อาหาร	<input type="checkbox"/> ใส่/ดูแล สายสวนปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ใส่/ดูแล สายยางให้อาหาร	<input type="checkbox"/> ใส่/ดูแล สายสวนปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ใส่/ดูแล สายยางให้อาหาร
	<input type="checkbox"/> ตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> ตรวจเต้านม <input type="checkbox"/> ตรวจมดลูก <input type="checkbox"/> ตรวจแผลฝีเย็บ / แผลผ่าตัด <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> ตรวจเต้านม <input type="checkbox"/> ตรวจมดลูก <input type="checkbox"/> ตรวจแผลฝีเย็บ / แผลผ่าตัด <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> ตรวจเต้านม <input type="checkbox"/> ตรวจมดลูก <input type="checkbox"/> ตรวจแผลฝีเย็บ / แผลผ่าตัด <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
๑๘. ผลการพยาบาล :	○ คงเดิม ○ ทุเลา ○ หายจากโรค..... ○ ทรมลง ○ มีภาวะแทรกซ้อน ○ เสียชีวิตเมื่อวันที่.....	○ คงเดิม ○ ทุเลา ○ หายจากโรค..... ○ ทรมลง ○ มีภาวะแทรกซ้อน ○ เสียชีวิตเมื่อวันที่.....	○ คงเดิม ○ ทุเลา ○ หายจากโรค..... ○ ทรมลง ○ มีภาวะแทรกซ้อน ○ เสียชีวิตเมื่อวันที่.....
๑๙. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่บ้าน	○ น้อยที่สุด ○ น้อย ○ ปานกลาง ○ มาก ○ มากที่สุด	○ น้อยที่สุด ○ น้อย ○ ปานกลาง ○ มาก ○ มากที่สุด	○ น้อยที่สุด ○ น้อย ○ ปานกลาง ○ มาก ○ มากที่สุด
๒๐. ผู้ประเมิน/ตำแหน่ง

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

๑. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- ☐๐. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- ☐๑. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- ☐๒. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

๒. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา ๒๔ - ๒๘ ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- ☐๐. ต้องการความช่วยเหลือ
- ☐๑. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

๓. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- ☐๐. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- ☐๑. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ ๑ คน หรือใช้คน

ทั่วไป ๒ คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

- ☐๒. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐๓. ทำได้เอง

๔. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

- ☐๐. ช่วยตัวเองไม่ได้
- ☐๑. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- ☐๒. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

๕. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- ☐๐. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ☐๑. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- ☐๒. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐๓. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

๖. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- ☐๐. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- ☐๑. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ ๕๐ ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐๒. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

๗. Stairs (การขึ้นลงบันได ๑ ชั้น)

- ☐๐. ไม่สามารถทำได้
- ☐๑. ต้องการคนช่วย
- ☐๒. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

๘. Bathing (การอาบน้ำ)

- ☐๐. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- ☐๑. อาบน้ำเองได้

๙. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- ☐๐. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐๑. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า ๑ ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐๒. กลั่นได้เป็นปกติ

๑๐. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- ☐๐. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐๑. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ ๑ ครั้ง)
- ☐๒. กลั่นได้เป็นปกติ