附件2

**附录 A**

**昆明市长期护理保险待遇申请表**

申请表中基本信息、目前生活情况、就医及健康状况、Katz日常生活功能指数评价量表见表A.1、A.2、A.3、A.4。

表A.1 基本信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 社会保障卡个人编码 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 参保地 |  |
| 民 族 |  | 现居住地址 |  |
| 文化程度 | □文盲 □小学 □中学（含中专） □大学（含大专） |
| 婚姻状况 | □未婚 □已婚 □丧偶 □离婚 □未说明的婚姻状况 |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 是否经过康复治疗 | □是，治疗月数＿月□否 | 失能时间（月） |  |
| 导致失能的原因 |  |
| 代理人姓名 |  | 与申请人关系 | □配偶 □子女 □其他亲属□雇佣照顾者 □其他 |
| 代理人地址 |  | 联系电话 |  |

表A.2 目前生活情况

|  |  |
| --- | --- |
| 居住状况 | □独居 □与配偶/伴侣居住 □与子女居住 □与父母居住□与兄弟姐妹居住 □与其他亲属居住□与非亲属关系的人居住 □养老机构 □医院□其他：  |
| 照护者 | 当您需要帮助时（包括患病时），谁能来照料您：□配偶 □子女 □亲友 □保姆 □护工 □医疗人员□没有任何人□其他：  |
| 申请待遇保障方式 | □医养结合机构护理 □养老机构护理 □居家护理（请勾选） □定点机构上门护理 □家属护理 |

表A.3 就医及健康状况

|  |  |
| --- | --- |
| 参保方式 | □城镇职工基本医疗保险 □城乡居民基本医疗保险 □其他： |
| 手术史 | □无 □有手术时间： 手术名称：  |
| 现存疾病 | 心血管系统疾病：□高血压 □冠状动脉粥样硬化性心脏病 □心功能不全 □先天性心脏病□心脏瓣膜病 □感染性心内膜炎 □心包炎 □肥厚性心肌病 □限制性心肌病□缩窄性心肌病 □心律失常 □其他： 呼吸系统疾病：□慢性支气管炎 □慢性阻塞性肺疾病 □哮喘 □支气管扩张 □肺血栓形成 □肺结核 □肺纤维化 □呼吸衰竭 □肺源性心脏病 □睡眠呼吸暂停综合征 □其他： 消化系统疾病：□胃食管反流 □胃炎 □消化性溃疡 □肠结核 □结核性腹膜炎 □溃疡性结肠炎□结肠克罗恩病 □慢性腹泻 □便秘 □脂肪肝 □肝硬化 □急性胰腺炎 □慢性胰腺炎 □慢性胆囊炎 □其他： 泌尿系统疾病：□肾病综合征 □慢性肾小球肾炎 □泌尿系结石 □慢性肾功能不全 □前列腺增生 □慢性肾盂肾炎 □其他： 血液系统疾病：[□贫血](http://www.so.com/s?q=%E6%85%A2%E6%80%A7%E8%B4%AB%E8%A1%80&ie=utf-8&src=wenda_link) □再生障碍性贫血 □溶血性贫血 □地中海贫血 □白血病 □霍奇金淋巴瘤 □脾功能异常 □腹型过敏性紫癜 □血友病 □过敏性紫癜性肾炎 □特发性血小板减少性紫癜 □血栓性血小板减少性紫癜 □其他： 神经系统疾病：□痴呆 □脑卒中 □脑血管病后遗症 □癫痫 □帕金森氏病 □脊髓损伤 □截瘫 □蛛网膜下腔出血 □脊髓灰质炎后遗症 □脑萎缩 □运动神经元病 □其他： 内分泌系统及营养代谢性疾病：□糖尿病 □高脂血症 □痛风 □甲状腺功能亢进症 □甲状腺机能减退 □库欣综合征 □原发性醛固酮增多症 □嗜铬细胞瘤 □其他： 骨关节系统疾病：□骨折 □全身性骨性关节炎 □骨质疏松 □颈椎病 □腰椎间盘突出 □股骨头缺血性坏死 □其他： 风湿免疫系统疾病：□类风湿性关节炎 □系统性红斑狼疮 □强直性脊柱炎 □干燥综合征 □血管炎 [□系统性硬化病](http://www.so.com/s?q=%E7%B3%BB%E7%BB%9F%E6%80%A7%E7%A1%AC%E5%8C%96%E7%97%85&ie=utf-8&src=wenda_link) □其他： 其他疾病：□白内障 □青光眼 □恶性肿瘤 □双眼失明 □单眼失明 □听力减退  □其他：  |
| 精神疾病 | □无 □有（注：只填写精神专科诊断的精神疾病，若有，请勾选）□精神分裂症 □偏执型精神障碍 □双相情感障碍□分裂情感性精神障碍 □严重精神发育迟滞 □癫痫所致精神障碍□抑郁症 □强迫症 □脑器质性精神障碍□其他：  |

表A.4 Katz日常生活功能指数评价量表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 条目 | 独立（2） | 部分独立（1）（需要帮助） | 依赖（0） | 选项 |
| 进食 | 独立，无需帮助 | 部分独立，自己能吃，但需辅助 | 不能独立完成，部分或全部靠喂食或鼻饲 | 　 |
| 洗澡 | 独立，无须帮助，自己能进出浴室（淋浴、盆浴），独立洗澡 | 部分独立，需帮助洗一部分（背部或腿） | 不能独立完成，不能洗澡、或大部分需帮助洗 |  |
| 大小便控制 | 独立，自己能够完全控制 | 部分独立，偶尔失控 | 不能自控，失控， 需帮助处理大小便（如导尿、灌肠等） |  |
| 穿衣 | 独立，无须帮助，能独立拿取衣服，穿上并扣好 | 部分独立，能独立拿取衣服及穿上，需帮助系鞋带 | 不能独立完成，完全不能穿，要靠他人拿衣穿衣或自己穿上部分 |  |
| 用厕 | 独立，无须帮助，能独立用厕、便后拭净及整理衣裤（可用手杖、助步器或轮椅，能处理尿壶、便盆） | 不能独立完成，需要帮助用厕、做便后处理（清洁、整理衣裤）及处理尿壶、便盆 | 不能独立完成，不能用厕 |  |
| 床椅转移 | 独立，无须帮助，自己能下床，坐上及离开椅、凳（可用手杖或助步器） | 不能独立完成，需帮助上、下床椅 | 不能独立完成卧床不起 | 　 |
| 注 1：进食、洗澡、大小便控制为 a 类，穿衣、用厕、床椅转移为 b 类。 注 2：A 级：a 类b 类所有项目均独立；B 级：a 类 1 项或 b 类 1-2 项依赖；C 级：a 类 b 类各 1 项或 b 类 3 项依赖；D 级：a 类 2 项或 a 类 1 项 b 类 2 项依赖；E 级：a 类 3项依赖或 a 类 2 项 b 类 1-2 项依赖或a 类 1 项b 类 3 项依赖；F 级：a 类 3 项b 类 1-2 项依赖或 a 类 2 项b 类 3 项依赖；G 级：a 类 b 类所有项目均依赖。注 3：此量表由申请人或其代理人自行评定。 |