

生理方面的能力

病人姓名：	案件姓名	日期
病人姓名：	案件號碼	社會安全號碼 (SSN)：

這份表格是用來決定這人目前生理狀況，如若有人，會妨礙他 / 她工作能力或參加加州工作機會和向孩子負責計劃 (CalWORKs) 活動的程度有多大。**如果有下面指出的分派**，請報告和這人被分派的活動相關聯的具體機能問題。如有必要，請附上外加的文件。

這人被分派到：_____

(描述被分派的 CalWORKs 活動的性質和時數)

1. 在 8 小時的工作日中，病人能夠站立 / 行走：(畫勾 ✓) 沒有限制

一次的時數：

一天的總共時數：

0-2 2-4 4-6 6-8

0-2 2-4 4-6 6-8

評語：

2. 在 8 小時的工作日中，病人能夠坐：(畫勾 ✓) 沒有限制

一次的時數：

一天的總共時數：

0-2 2-4 4-6 6-8

0-2 2-4 4-6 6-8

評語：

3. 病人用手 / 手指反復行動有限制嗎？(畫勾 ✓) 沒有限制

是 - 請解說 _____

4. 病人用腳反復移動，如：操作時用腳控制，有限制嗎？(畫勾 ✓) 沒有限制

是 - 請解說 _____

5. 病人受到環境因素的限制，如：熱 / 冷，灰塵，潮濕，高處等？(畫勾 ✓) 沒有限制

是 - 請解說 _____

生理方面的能力 (續)

6. 病人能夠舉 / 拿： (畫勾 ✓) 沒有限制

最重磅數：	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80+
從不：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
偶而： (0 - 2.5 小時/8小時一天)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
時常： (2.5 - 5.5 小時/8小時一天)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一直不斷： (5.5+ 小時/8小時一天)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

評語：

7. 病人能夠： (畫勾 ✓) 沒有限制

	從不	偶而 (0 - 2.5 小時/8小時一天)	時常 (2.5 - 5.5 小時/8小時一天)	一直不斷 (5.5+ 小時/8小時一天)
爬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平衡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
彎腰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
跪下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
蹲下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
匍匐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
伸展	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膝蓋以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腰至膝蓋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腰至胸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸部至肩膀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肩膀以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

評語：

8. 病人是否陷於接受一些治療和 / 或藥物，它們可能影響他的 / 她的工作能力？ (畫勾 ✓) 是 否

假如是，請解說限制 / 影響：

9. 請描述任何其他對這人的工作能力和 / 或參加教育 / 訓練分派的限制以及所需要的適應調節措施：

健康保健提供者 (或受委派者) 簽名

電話號碼
()

日期

健康保健提供者姓名和地址：