

## 衛生福利部國民健康署-長者功能自評量表

項目	題目	評估結果
認知功能	1. 本題請由家屬評估，若無家屬協助，再由長者本人自評。 (家屬評估長者)您是否覺得長者近一年來有記憶減退現象?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	(長者自評)您最近一年來，是否有記憶明顯減退的情形?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
行動功能	2. 本題請由家屬評估，若無家屬協助，再由長者本人自評。 (家屬協助評估長者)椅子起身測試：長者雙手抱胸，完成連續起立坐下 5 次。 • 需要幾秒? • 是否大於 12 秒?	_____ 秒 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	(長者自評)您是否出現以下"任一種"情況? • 非常擔心自己會跌倒? • 過去一年內曾跌倒過? • 坐著時，必須抓握東西才能從椅子上站起來?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
營養不良	3. 在非刻意減重的情況下，過去三個月，您的體重是否減輕 3 公斤或以上?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	4. 過去三個月，您是否曾經食慾不好?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
視力障礙	5. 您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難? (此題回答「是」，請答題目 5-1.；此題回答「否」，請跳答題目 6.)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	5-1. 您過去 1 年是否"曾"接受眼睛檢查?	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
聽力障礙	6. 您的聽力是否出現以下"任一種"情況? • 電話或手機交談時聽不清楚，或因為沒聽到鈴聲常漏接電話? • 看電視/聽收音機時，常被家人或朋友說音量開太大聲? • 與人交談時，常需要對方提高說話音量或再說一次? • 因為聽力問題而不想去參加朋友聚會或活動?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
憂鬱	7. 過去兩週，您是否常感到厭煩(心煩或「阿雜」)，或覺得生活沒有希望?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	8. 過去兩週，您是否減少很多的活動和原本您感興趣的事?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

- 以上功能評估結果如有異常(也就是您有勾選灰底處)，可於回診時請教醫師，若您暫時沒有尋求相關協助，可參考以下健康資訊，或查找以下住家附近可利用的社區資源及課程。

附件：(醫療院所版)

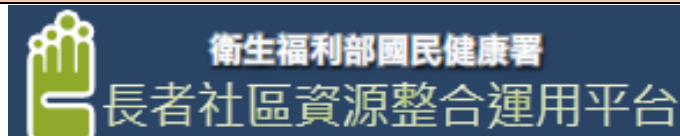
評估項目	初評內容	初評結果
A. 認知 功能	1.記憶力：說出 3 項物品： <u>鉛筆、汽車、書</u> ，請長者重複，並記住。 第 3 題後再詢問一次。	
	2.定向力：詢問長者「今天的日期？」(含年月日)，長者回答是 否正確？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	3.定向力：詢問長者「您現在在哪裡？」，長者回答是否正確？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	<b>**詢問長者第 1 題記憶力的 3 項物品</b>	是否能記住三 項物品 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
B. 行動 功能	椅子起身測試：12 秒內，可以雙手抱胸，連續起立坐下五次。	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
C. 營養 不良	1.過去三個月，您的體重是否在無意中減輕了 3 公斤以上？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	2. 過去三個月，您是否曾經食慾不振？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
D. 視力 障礙	1.您是否罹患糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	2.(非糖尿病患者請問：)您的眼睛是否有任何問題：看遠方、看近或 閱讀上有困難、或有眼睛疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	(糖尿病患者請問：)您過去 1 年“未曾”接受眼睛檢查？	
E. 聽力 障礙	請跟著我唸 6、1、9 (註：用氣音測試，若未能正確複誦，再測 2、5、7，仍未能正確複誦，即填「否」)	是否兩耳 都聽得到 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
F. 憂鬱	1.過去兩週，您是否常感到厭煩(心煩或台語「阿雜」)，或沒有希望？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	2.過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否

<b>G.</b> 用藥	1.您每天使用的藥物是否 10 種(含)以上(包括中藥等任何用藥)? (註：中藥算為 1 種藥物)	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	2.您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等?	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	3.您是否因為服用藥品而發生平衡感改變、睏倦、眩暈、低血壓或口乾舌燥等症狀?	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
<b>H.</b> 生活 目標	現在最困擾您的健康問題是甚麼？ 您最擔心這個健康問題影響到生活上的甚麼事？ <hr/>	

# 健康資訊 QRcode 連結

認知	<p>失智並不可怕，可怕的是您不知道</p> 	行動	<p>高齡者健康操</p> 
	<p>失智友善的一天</p> 		<p>長者活力體能訓練手冊(vivifrail)</p> 
營養	<p>「我的餐盤」均衡飲食口訣歌帶動跳</p> 	視力	<p>高齡友善的居家環境-顏色的使用</p> 
	<p>營養棒棒堂</p> 		<p>糖尿病是視力的小偷</p> 
聽力	<p>聽覺輔具系列單張(社家署)</p> 	憂鬱	<p>無憂老化-認識老年憂鬱症</p> 
	<p>台灣聽力語言學會 衛教專欄</p> 		<p>社區關懷據點查詢(社家署)</p> 

哪裡有適合長者使用的社區資源及課程?



(<https://healthhub.hpa.gov.tw/>)