

# 長者功能自評量表-家屬評估版



評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

| 項目   | 題目   | 評估結果   |
|------|--|--|
| 認知功能 | 1. 您是否覺得長輩近一年來有記憶減退現象?   | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否           |
| 行動功能 | 2. 椅子起身測試：長輩雙手抱胸，完成連續起立坐下5次。<br>• 需要幾秒？<br>• 是否大於12秒？  | _____秒<br><input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 營養不良 | 3. 詢問長輩在非刻意減重的情況下，過去三個月，體重是否減輕3公斤或以上？  | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否           |
|      | 4. 詢問長輩過去三個月，是否曾經食慾不好？   | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否           |
| 視力障礙 | 5. 詢問長輩眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難？<br>(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. 詢問長輩過去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. 詢問長輩聽力是否出現以下"任一種"情況？<br>• 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？<br>• 看電視/聽收音機時，常被家人或朋友說音量開太大聲？<br>• 與人交談時，常需要對方提高說話音量或再說一次？<br>• 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. 詢問長輩過去兩週，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. 詢問長輩過去兩週，是否減少很多的活動和原本感興趣的事？   | <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)，可於長輩回診時請教醫師，若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。

# 健康資訊QR CODE連結

認知

微電影-認知篇

行動

微電影-行動篇



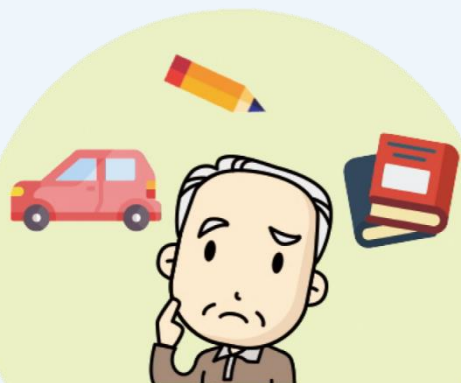
失智是什麼



走得動



高齡健康操



記得起

營養

微電影-營養篇

憂鬱

微電影-憂鬱篇



均衡飲食帶動跳



心情好



認識老年憂鬱症



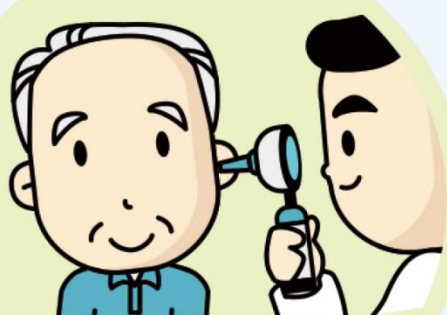
吃得下

聽力

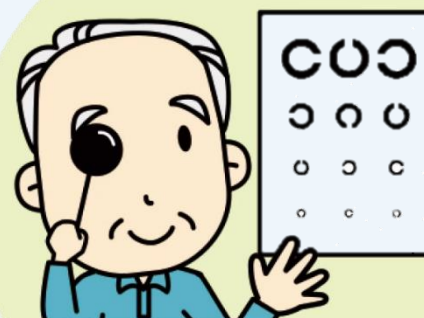
微電影-聽力篇

視力

微電影-視力篇



聽得清



看得見



## 哪裡有適合長者使用的社區資源及課程?



衛生福利部國民健康署

長者社區資源整合運用平台



[\(https://healthhub.hpa.gov.tw/\)](https://healthhub.hpa.gov.tw/)

# 長者功能自評量表-長者自評版



評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

| 項目   | 題目   | 評估結果   |
|------|--|--|
| 認知功能 | 1. 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. 您是否出現以下"任一種"情況？<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 非常擔心自己會跌倒？</li> <li>• 過去一年內曾跌倒過？</li> <li>• 坐著時，必須抓握東西才能從椅子上站起來？</li> </ul>   | <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？<br>(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？<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 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？</li> <li>• 看電視/聽收音機時，常被家人或朋友說音量開太大聲？</li> <li>• 與人交談時，常需要對方提高說話音量或再說一次？</li> <li>• 因為聽力問題而不想去參加朋友聚會或活動？</li> </ul> | <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。

# 健康資訊QR CODE連結

認知

微電影-認知篇

行動

微電影-行動篇



失智是什麼



高齡健康操



走得動



記得起

營養

微電影-營養篇

憂鬱

微電影-憂鬱篇



均衡飲食帶動跳

心情好

認識老年憂鬱症



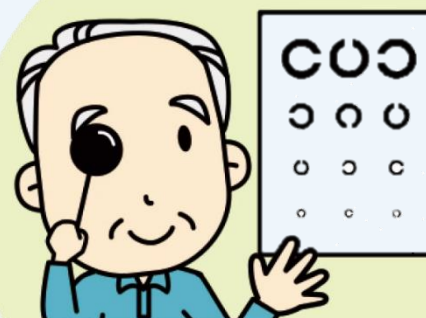
吃得下

聽力

微電影-聽力篇

視力

微電影-視力篇



聽得清

看得見

## 哪裡有適合長者使用的社區資源及課程?



衛生福利部國民健康署

長者社區資源整合運用平台



[\(https://healthhub.hpa.gov.tw/\)](https://healthhub.hpa.gov.tw/)