

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。 • 需要幾秒？ • 是否大於12秒？	_____秒 <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？ (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？ • 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. 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



高齡健康操



營養

微電影-營養篇

憂鬱

微電影-憂鬱篇



均衡飲食帶動跳



認識老年憂鬱症



聽力

微電影-聽力篇

視力

微電影-視力篇



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？ <ul style="list-style-type: none"> • 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？ <ul style="list-style-type: none"> • 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。

健康資訊QR CODE連結

認知

微电影-認知篇

行動

微电影-行動篇



失智是什麼



高齡健康操



營養

微电影-營養篇

憂鬱

微电影-憂鬱篇



均衡飲食帶動跳



認識老年憂鬱症



聽力

微电影-聽力篇

視力

微电影-視力篇



哪裡有適合長者使用的社區資源及課程?

