

# 臺南市中西區衛生所 長者衰弱評估表暨轉介表

施測人員：\_\_\_\_\_

施測日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

施測地點：衛生所 社區關懷據點/活動中心 住家 其他\_\_\_\_\_

基本資料	姓名		生日	民國	年	月	日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號				
	聯絡電話	住家:0__-_____ 手機:_____					
	現住地址	鄉鎮代碼：____-____-____ 縣市段 鄉鎮市區巷弄 村里號 路(街)樓					
	居住狀況	<input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 住長照機構 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	病史	過去病史(含手術) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 說明:_____					
		慢性病史 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 說明:_____					
	服用藥物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 說明:_____						
	是否為原住民族? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若回答是, 則 55 歲(含)以上即可測長者衰弱評估表)						
	本人同意接受長者衰弱評估, 相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用, 並確認上述資訊正確無誤: _____(簽名)						

## 第 1 部分：衰弱評估(SOF 法)

	指標	衰弱評估詢問內容	評 分/原 因
衰弱評估 (SOF 法)	體重減輕	1. 非刻意減重狀況下, 過去一年體重減少3公斤或5%以上? (先問個案體重和一年相較差不多還是減少?如果減少再問大約減少幾公斤?)	1. 與平常飲食比較 <input type="checkbox"/> 沒變化 <input type="checkbox"/> 有變化 原因:_____
			2. 腸胃症狀 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 厭食 3. 其他:_____
*3 項任 1 項 「是」者為衰弱前期; 任 2 項以上「是」者為衰弱期		<input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)	

	下肢功能	2. 無法在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來五次	<input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)	就醫或復健需求 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 說明:_____
	精力降低	3. 過去一週內，是否覺得提不起勁來做事？(一個禮拜三天以上有這個感覺)	<input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)	

## 第2部分:跌倒

	評估詢問內容	評 分/原 因	
跌倒	1. 在過去的一年內，曾跌倒2次以上?	<input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)	1. 是否有使用輔具 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 說明:_____ 2. 其他因素:居家環境、藥物使用、疾病或身體功能等。 說明:_____ 3. 購買或租借輔具需求 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 說明:_____
	2. 測試(使用靠背椅子) 「從椅子起身離開，並不扶椅子或東西沿著它繞一圈」	<input type="checkbox"/> 可以(0分) <input type="checkbox"/> 無法(1分)	

## 第3部分:憂鬱

	評估詢問內容	評 分/原 因	
憂鬱	1. 過去兩週，你是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望?	<input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)	1. 平常有參加任何社區型活動 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 平常有沒有運動習慣 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 是否需了解有關社區活動資源 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	2. 過去兩週，你是否感覺做事情失去興趣或樂趣?	<input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)	

以上評估有異常之需求

衰弱評估	跌倒評估	憂鬱評估	轉介意願	衛教、轉介資源說明
≥1	0	0	<input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意	<input type="checkbox"/> 國民健康署-預防長者衰弱健康飲食拼圖 <input type="checkbox"/> 國民健康署-認識老人衰弱懶人包 <input type="checkbox"/> 轉介至衛生福利部臺南醫院-抗衰弱服務中心(服務專線 06-2200055#2635、2636)
0	≥1	0	<input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意	<input type="checkbox"/> 國民健康署-「長者防跌妙招手冊」 <input type="checkbox"/> 轉介至衛生福利部臺南醫院-抗衰弱服務中心(服務專線 06-2200055#2635、2636) <input type="checkbox"/> 轉介中西區輔具購買或租借服務單位 <input type="checkbox"/> 轉介中西區環境改善服務單位
0	0	≥1	<input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意	<input type="checkbox"/> 臺南市政府衛生局-一起幸福吧 <input type="checkbox"/> 免付費衛福部 24 小時安心專線「0800-788-995」或撥打 1925(依舊愛我) <input type="checkbox"/> 轉介心理諮商(預約專線 06-3352982)