

國民健康署 – 長者功能評估量表

修訂日期：111年12月

◆ 服務說明：

1. 為預防及延緩長者失能，國民健康署參考世界衛生組織(WHO)「長者整合性照護指引(Integrated care for older people, ICOPE)」，培育專業人員提供65歲以上長者功能評估服務，該評估包含「認知、行動、營養、聽力、視力及憂鬱」六大面向，幫助長者早期發現功能問題，及早介入運動與營養等處置。
2. 為便利民眾在生活中能持續檢視長輩的身心功能狀況，請長者本人，或長者的家屬、照顧者，加入「國健署 長者量六力」LINE官方帳號，每3-6個月自我檢視一次。

服務對象基本資料

姓名：_____ 身分證統一編號：_____

性別：男 女 生日：_____年____月____日 具原住民身分：是 否

電話：(____)_____ 手機號碼_____

現居地址：_____縣(市) _____鄉鎮市區 _____村里_____

慢性疾病史：高血壓 糖尿病 高血脂症 心臟病 腦中風 腎臟病 精神疾病

慢性阻塞性肺部疾病(COPD) 癌症_____ 其他_____

「國健署 長者量六力」LINE註冊個人代碼：_____

未註冊原因 (無/未帶手機 拒絕加入 網路/連線異常 其他_____)

本量表回收後，相關資料將作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤健康管理使用。

長者同意請簽名或蓋章(手印)：_____

ICOPE長者功能評估量表

(Integrated Care for Older People)

評估日期：_____年_____月_____日

項目	初評內容	初評結果	初評結果說明
A. 認知功能	1. 記憶力：說出 3 項物品：鉛筆、汽車、書，請長者重複，並記住。 (第3題定向力完成後，再詢問一次。)		任一答案為「否」，請擇一(BHT、AD8)量表進行評估。 採AD8量表者，請由長者家屬回答。
	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	
	**詢問長者第1題記憶力的3項物品，長者回答是否正確？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	
B. 行動功能	椅子起身測試：12秒內，雙手抱胸，連續起立坐下5次。	_____秒	答案為「是」，請進行SPPB量表評估。
	1. 需要幾秒？ 2. 是否大於12秒？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行MNA-SF量表評估。
	2. 過去三個月，您是否曾經食慾不振？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
D. 視力障礙	您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否*	答案為「是」，請轉介長者接受眼科檢查。 *答案為「否」，請進行視力複評測試。
E. 聽力障礙	請執行氣音測試，長者是否兩耳都聽得到。 (施測數字6、1、9，若未能正確複誦，再測2、5、7，仍未能正確複誦，即填「否」)	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	答案為「否」，請依長者狀況轉介醫療院所接受聽力檢測。
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 checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行GDS-15量表評估。
	2. 過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

※以上「初評」結果如有任一項異常，請進行「用藥」及「社會性照護與支持」評估。

複評結果有異常者(或視/聽力初評有異常者)，請提供衛教或轉介/介入：(請參考代碼說明填寫以下表格，可複選)

異常項目	衛教指導	介入點類型	後續處置介入點(名稱)	未轉介 (若為4.其他，請敘明原因)
A. 認知				
B. 行動				
C. 營養				
D. 視力				
E. 聽力				
F. 憂鬱				
* 社會				
* 用藥		<input type="checkbox"/> 請長者向原處方醫師諮詢 <input type="checkbox"/> 銜接用藥整合或照護流程		

代碼說明

衛教指導：1. 紙本/線上保健教材或指引, 2. 提供線上遠距教學課程或諮詢管道
 介入點類型：1: 醫療院所, 2: 社區方案據點, 3: 一般社區據點, 4: 輔具服務點, 5: 社會福利相關據點, 6: 長期照顧管理中心, 7: 服務單位直接介入訓練或課程
 未轉介：1: 已追蹤治療, 2: 自行就醫, 3: 個案拒絕, 4: 其他(請敘明原因)

機構名稱及代號(蓋章)_____