**南投縣政府衛生局社區資源轉介單**

|  |  |
| --- | --- |
| 社區(長者)健康資源連結站 專案管理師 | 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轉介 單位 | 轉介 人員 |  | | 職稱 |  | | 聯絡 電話 |  |
| 單位 類別 | 🞏醫療院所\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏民間單位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 轉介 問題  類別 | 🞏居住安全 🞏健康問題 🞏日常生活與自我照顧能力  🞏安養、養護  🞏醫療 🞏社會福利 🞏照顧負荷 🞏其他\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 轉介 對象 | 長者姓名：  身分證字號：  性別：  出生年月日：  聯繫電話： | | 主要照顧者姓名：  與長者關係：  聯繫電話： | | | 已利用資源情形-  身障手冊：🞏是🞏否 障別：第\_\_\_類；輕/中/重度  長照服務：🞏是🞏否  社會福利別：  🞏低收🞏中低收🞏一般戶  原住民🞏是🞏否 | | |
| 地址 |  | | | | | | |
| 長者專長（過去職業）、興趣： 是否有興趣參與公共事務： | | | | | | | |
| 進食模式：□能自行進食 □能自行進食但稍有困難 □須補助才能進食 | | | | | | | |
| 問題概述(＞30字) | 111.01  填寫完成請傳真至南投縣政府衛生局049-2202628 林小姐  或以電子郵件寄至linenju025@mail.ntshb.gov.tw  聯絡電話049-2222473\*692 | | | | | | | |
| 相關資料將作為個案轉介及追蹤健康管理使用。  長者同意請簽名或蓋章(手印)：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |

## 長者功能評估量表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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：鉛筆、汽車、書，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？ | □是 □否 |
| 3.定向力：詢問長者「您現在在哪裡？」，長者回答是否 正確？ | □是 □否 |
| \*\*詢問長者**第1題記憶力的3項物品** 是否能記住三項物品？ | □是 □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 **5**次。 | □是 □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？ | □是 □否 |
| 2. 過去三個月，您是否曾經食慾不振？ | □是 □否 |
| D. 視力障礙 | 1.您是否罹患糖尿病？ | □是 □否 |
| 2.(非糖尿病者請問：)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？  (糖尿病患者請問：)您過去1年”未曾”接受眼睛檢查？ | □是 □否 |
| 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 □是 □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? | □是 □否 |
| 2.過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？ | □是 □否 |
| 社會性照護與支持 | A~F有幾項評估為陽性？ \*\*兩項以上為「異常」 | \_\_\_\_\_項 |
| G. 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) | □是 □否 |
| 2.您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等? | □是 □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？ | □是 □否 |
| H. 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?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**營養評估量表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身分證字號** | **身高(CM)** | **體重(KG)** | | **BMI（體重/身高2）** | **原住民** |
|  |  |  | |  | **□是□否** |
| **營養評估篩選項目** | | | | | |
| 1. **過去三個月內有沒有因為食慾不振、消化問題、咀嚼或吞嚥困難而減少食量?**   □2分:食量沒有改變  □1分:食量中度減少  □0分:食量嚴重減少 | | | | | |
|
| **B.過去三個月內體重下降的情況?**  □3分:體重沒有下降  □2分:體重下降1-3公斤  □1分:不知道  □0分:體重下降大於3公斤 | | | | | |
| **C.活動能力**  □2分:可以外出  □1分:可以下床或離開輪椅，但不能外出  □0分:須長期臥床或坐輪椅 | | | | | |
| **D.過去三個月內有沒有受到心裡創傷或患上急性疾病?**  □2分:沒有 □0分:有 | | | | | |
| **E.精神心理問題**  □2分:沒有精神心理問題 □1分:輕度癡呆 □0分:嚴重癡呆或抑鬱 | | | | | |
| **F. 身體質量指數(BMI) 體重/身高2 Kg/(m2)**  □3分:BMI≧23  □2分:21≦BMI＜23  □1分:19≦BMI＜21  □0分:BMI＜19 | | | **F1 小腿圍（公分,cm）**  □3分: 小腿圍大於或等於31  □0分: 小腿圍低於31  **（若現場情況不容許測量BMI 請以此項代替）** | | |
| **※A~F篩選分數(最高14分)**  □ **12分～14分:正常營養狀況**  □ **8分～11分:有營養不良的風險**  **總分 分**  □ **≦ 7分:營養不良** | | | | | |
| 感謝您參與本次的評估的檢測，為使服務更臻完美，請您依本次服務感受提供寶貴建議，做為日後辦理評估檢測服務之參考，再次謝謝您!  **\*\*滿意度調查:（必填）**  1.請問此次提供評估檢測服務過程，您滿意嗎?  □非常滿意 □滿意□普通 □不滿意□非常不滿意，原因:  2.請問對於此次的評估結果，是否讓您了解自身的營養及衰弱狀況呢?  □是 □否，原因:  3.若您評估後的分數未達正常標準，是否願意由營養師提供電訪衛教服務呢?  □是 □否，原因:  4.請問您是否願意針對此次檢測內容及過程，提供您的寶貴建議呢?  □是，建議: □否 | | | | | |