

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	<input type="checkbox"/> 醫療院所_____ <input type="checkbox"/> 民間單位_____ <input type="checkbox"/> 其他_____				
轉介問題類別	<input type="checkbox"/> 居住安全 <input type="checkbox"/> 健康問題 <input type="checkbox"/> 日常生活與自我照顧能力 <input type="checkbox"/> 安養、養護 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 社會福利 <input type="checkbox"/> 照顧負荷 <input type="checkbox"/> 其他_____					
轉介對象	長者姓名：	主要照顧者姓名：		已利用資源情形-		
	身分證字號：	與長者關係：		身障手冊： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	性別：	聯繫電話：		障別：第__類；輕/中/重度		
	出生年月日：			長照服務： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	聯繫電話：			社會福利別： <input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收 <input type="checkbox"/> 一般戶 原住民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 能自行進食 <input type="checkbox"/> 能自行進食但稍有困難 <input type="checkbox"/> 須補助才能進食					
問題概述 (> 30 字)	<div style="text-align: right;"> 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 </div>					

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？	<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 項物品是否能記住三項物品？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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
	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	1. 您是否罹患糖尿病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	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
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	2. 您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
營養評估篩選項目				
A. 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? <input type="checkbox"/> 2分:食量沒有改變 <input type="checkbox"/> 1分:食量中度減少 <input type="checkbox"/> 0分:食量嚴重減少				
B. 過去三個月內體重下降的情況? <input type="checkbox"/> 3分:體重沒有下降 <input type="checkbox"/> 2分:體重下降 1-3 公斤 <input type="checkbox"/> 1分:不知道 <input type="checkbox"/> 0分:體重下降大於 3 公斤				
C. 活動能力 <input type="checkbox"/> 2分:可以外出 <input type="checkbox"/> 1分:可以下床或離開輪椅，但不能外出 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 2分:沒有 <input type="checkbox"/> 0分:有				
E. 精神心理問題 <input type="checkbox"/> 2分:沒有精神心理問題 <input type="checkbox"/> 1分:輕度癡呆 <input type="checkbox"/> 0分:嚴重癡呆或抑鬱				
F. 身體質量指數(BMI) 體重/身高² Kg/(m²) <input type="checkbox"/> 3分: BMI ≥ 23 <input type="checkbox"/> 2分: 21 ≤ BMI < 23 <input type="checkbox"/> 1分: 19 ≤ BMI < 21 <input type="checkbox"/> 0分: BMI < 19		F1 小腿圍 (公分,cm) <input type="checkbox"/> 3分: 小腿圍大於或等於 31 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 12分~14分:正常營養狀況 <input type="checkbox"/> 8分~11分:有營養不良的風險 <input type="checkbox"/> ≤ 7分:營養不良				
				總分 _____ 分
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? <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 是，建議: _____ <input type="checkbox"/> 否				

