

附件：(醫療院所版)

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： <u>鉛筆、汽車、書</u> ，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，連續起立坐下五次。	<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 type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	2. 過去三個月，您是否曾經食慾不振？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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.(非糖尿病患者請問：)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？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	(糖尿病患者請問：)您過去 1 年“未曾”接受眼睛檢查？	
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 type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	2.過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否

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 type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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？ <hr/>	