

# 國民健康署－長者內在能力檢測量表

修訂日期：114年10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歲以上長者內在能力檢測，該檢測包含「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： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日：_____年____月____日	具原住民身分： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
電話：(____)_____	手機號碼_____	
現居地址：	_____縣(市) _____鄉鎮市區_____村里_____	
慢性疾病史：	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 精神疾病	
	<input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺部疾病(COPD) <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> 其他_____	
「國健署 長者量六力」LINE註冊個人代碼：_____		
<input type="checkbox"/> 未註冊原因 ( <input type="checkbox"/> 無/未帶智慧型手機 <input type="checkbox"/> 拒絕加入 <input type="checkbox"/> 網路/連線異常 <input type="checkbox"/> 其他_____ )		

本人同意倘篩檢結果顯示為營養不良，☐同意☐不同意由各縣市社區營養推廣中心或分中心依據《個人資料保護法》相關規定，後續進行聯絡及提供營養相關服務。

本人同意倘篩檢結果顯示為認知異常，☐同意☐不同意由各縣市失智共照中心依據《個人資料保護法》相關規定，後續進行聯絡及提供相關服務。

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長者內在能力檢測量表

## ( 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： <u>鉛筆、汽車、書</u> ，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。 1.需要幾秒？ 2.是否大於12秒？	_____秒 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	答案為「是」，請進行SPPB量表評估。
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	1.您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難？(答案為「否」者，請接續執行第a題)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	本項異常定義如下： • 第1題答案為「是」 • 第a題任1項「未通過」 請依長者狀況轉介眼科檢查。
	a.請依附表執行WHO簡單視力圖「遠、近距離」測試。(測試通過者，請接續執行第b題)		
	b.請依附表執行高風險個案之眼科檢查調查表。		
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。

# 視力障礙之初評附表

## a.WHO簡單視力圖 「遠距離」及「近距離」測試

測試工具	測試說明	測試結果
四個小E 遠距離視力測試卡	在三公尺處可看到至少三個小E的方向，則通過遠距離視力測試。	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
近距離視力測試卡	長者手持近距離視力測試卡，以平常看書的距離，看到至少3個大E的方向，則通過近距離測試。	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過

遠、近距離測試，任一項測試未通過者，請評估長者狀況轉介眼科檢查；  
遠、近距離測試，兩項均通過者，請接續執行下方第b.題。

## b.高風險個案之眼科檢查調查表

評估內容	結果
有眼睛疾病 (例如：高度近視(500度以上)、白內障、青光眼、黃斑部病變)，但“未”定期回診追蹤。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
有慢性疾病 (例如：高血壓、糖尿病等)，但過去1年“不曾”接受眼科檢查。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

任一項為「是」者，請建議長者接受眼科檢查。

# WHO簡單視力圖

## 四個小E遠距離視力測試卡

小E為1.3 cm x 1.3 cm，間隔1.3 cm



# WHO簡單視力圖

## 近距離視力測試卡

