

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部

FIND-NEEDS 老年問題篩檢問卷

訊息提供者：0.本人 1.家人或陪同就醫者 2.其他_____

姓名：_____

收案地點：0.病房 1.門診

單位：0.高齡醫學部 1.一般內科 2.感染科 3.骨科

職別：0.醫師 1.專科護理師 2.個案管理師 3.護理師 4.PGY 5.助理 6.志工 7.其他_____

一、 功能面向(Function, Fall, Frailty)	
<i>Function</i>	
1.1 您在如廁或洗澡時是否需要他人協助或提醒？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
<i>Falls</i>	
1.2.1 在過去一年內，您是否曾跌倒2次以上或曾因跌倒而受傷？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
1.2.2 走路或站立時感覺不穩，或隨時擔心會跌倒？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
<i>Frailty</i>	
1.3.1 CSHA Clinical Frailty Scale (CFS) 總分：_____	<input type="checkbox"/> 0.≤3 <input type="checkbox"/> 1.≥4
1.3.2 Study of Osteoporotic Fracture (SOF) 總分：_____ (請加總1.3.2.1 + 1.3.2.2 + 8.1.2)	<input type="checkbox"/> 0.≤1 <input type="checkbox"/> 1.≥2
1.3.2.1 您是否在未刻意減重的情況下，過去一年中體重減了5%以上？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
1.3.2.2 您是否可以在不用手支撐的狀況下，從椅子上站起來5次？(請個案實際做，並測時間)	<input type="checkbox"/> 0.是 <input type="checkbox"/> 1.否
二、 尿失禁面向(Incontinence)	
2.1 在過去一年中，您是否有不自主漏尿而弄濕褲子超過六天以上的情形？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
三、 營養面向(Nutrition)	
3.1 在過去三個月間，在非刻意情況下，您是否體重減輕了2~3公斤(5%)以上？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
3.2 身高_____ 體重_____ BMI_____ 是否≤18.5？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
四、 認知障礙面向(Dementia)	
4.1 您或家屬是否覺得您有記憶力減退的情形？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
4.2 我要告訴你三個名詞(紅色、快樂、腳踏車)，請先重複一次，並請記住，三分鐘後會再請你重複一次	<input type="checkbox"/> 0.三分鐘後完全正確 <input type="checkbox"/> 1.三分鐘後記不起全部三個
五、 用藥數量/高危險藥物面向(Number of medications)	
5.1 您長期(≥3個月)藥物使用種類數是否≥8種(中藥只算一種)？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
5.2 您服用的藥品中是否有鎮靜安眠、抗憂鬱、肌肉鬆弛、止痛等藥物(若有專業人員請再多協助確認：抗精神藥物等)？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
5.3 您是否沒有依從醫師處方來用藥，或服藥後覺得不舒服？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
六、 視力狀況面向(Eyes)	
6.1 您在閱讀、看電視或日常生活時有視力上的困難嗎？(依平常戴眼鏡或使用放大鏡後的情形)	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
七、 聽力狀況面向(Ear)	
7.1 您在與人談話時有聽力上的困難嗎？(重聽者可依平常戴助聽器後的情形填寫)	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
八、 憂鬱症面向(Depression)	
8.1 Patient Health Questionnaire (PHQ-2) 總分：_____	<input type="checkbox"/> 0.=0 <input type="checkbox"/> 1.≥1
8.1.1 過去1~2週，你是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
8.1.2 過去1~2週，你是否感覺失去做事情的興趣或提不起勁？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
九、 社會支持面向(Social interaction)	
9.1 是否獨居或經常覺得孤單？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是
9.2 日常生活不常參加與人互動之活動(例如打電話、網路聯繫、與朋友聚會聊天、參加教會/廟宇/鄰里活動、參加長青課程或擔任志工等)？	<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是

總結(請勾選哪些面向有問題)：任一小題填答「1」則視為該篩檢面向為「有問題」

F I N D N E E D S

若上述僅有單一大項篩檢有問題：僅做該項目之進階評估與處置或照會。

若上述有二大項以上篩檢有問題：除了進行個別項目的進階評估或照會，建議進一步由老年醫學團隊進行周全性老年醫學評估與處置。