สำหรับ รพ.สต.: แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS) ปี 2564

❖ **ข้อมูลทั่วไป** ชื่อ-สกุล.....ว.ด.ป.เกิด .....อายุ.....ปี เพศ.....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

➢ ปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

1. เบาหวาน: การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ☐ การตรวจระดับพลาสมากลูโคส (FPG) ..... มก.ดล.

การพิจารณา: ผลการตรวจเลือดโดยการตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) FPG ≥ 126 มก./ดล. แสดงว่า เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

2. ความดันโลหิตสูงอายุ : วัดความดันโลหิตสูง

วัดความดันโลหิต: ระดับความดันโลหิตตัวบน/ซิสโตลิค (SBP) เท่ากับ .....มม.ปรอท / ระดับความดันโลหิตตัวล่าง/ไดแอสโตลิค (DBP) เท่ากับ.....มม.ปรอท

การพิจารณา: มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิค (SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค (DBP) ≥ 90 มม.ปรอท

3. ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด: Thai CVD risk

3.1 กรณี "มี" การตรวจหาระดับโคเลสเตอรอลในเลือดให้เลือกช่วงค่าคอเลสเตอรอล

- ☐ ระดับ <160-199 มล./ดล. เลือกช่วง 160
- ☐ ระดับ 200-239 มล./ดล. เลือกช่วง 200
- ☐ ระดับ 240-279 มล./ดล. เลือกช่วง 240
- ☐ ระดับ 280-319 มล./ดล. เลือกช่วง 280
- ☐ ระดับ ≥320 มล./ดล. เลือกช่วง 320

3.2 เป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น

3.3 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3.4 สูบบุหรี่หรือไม่

(สูบบุหรี่ หมายถึง ปัจจุบันยังคงสูบหรือหยุดสูบไม่เกิน 1 ปีก่อนการประเมิน)

☐ สูบ ☐ ไม่สูบ

3.5 ช่วงอายุ

☐ อายุ <40-49 ปี เลือกช่วง 40 ☐ อายุ 50-54 ปี เลือกช่วง 50

☐ อายุ 55-59 ปี เลือกช่วง 55 ☐ อายุ 60-64 ปี เลือกช่วง 60

☐ อายุ ≥65 ปี เลือกช่วง 65

3.6 เลือกค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP)

จากการวัด 2 ครั้ง 2 ช่วงเวลาห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์

- ☐ SBP <120-139 มม.ปรอท เลือกช่วง 120
- ☐ SBP 140-159 มม.ปรอท เลือกช่วง 140
- ☐ SBP 160-179 มม.ปรอท เลือกช่วง 160
- ☐ SBP ≥180 มม.ปรอท เลือกช่วง 180

3.7 ค่ารอบเอว: .....ซม. **ส่วนสูง**..... ซม.

☐ น้อยกว่าส่วนสูงหาร 2 ☐ มากกว่าส่วนสูงหาร 2

การพิจารณา :
ประเมินโดยใช้เกณฑ์ตามแถบสี Thai CVD risk score (กรณี มี ค่าคอเลสเตอรออล ใช้ตารางสีที่ 1 ไม่มีค่าคลอเลสเตอรอล ใช้ตารางสีที่ 2) **กรอกคำตอบและคะแนนต่างๆใน aging health data แล้วจะแปรผลได้ทันที*

4. การได้ยิน: การคัดกรองการได้ยิน ด้วยการถูนิ้ว (Finger rub test)

หูซ้าย ☐ ได้ยิน ☐ ไม่ได้ยิน **หูขวา** ☐ ได้ยิน ☐ ไม่ได้ยิน

เกณฑ์การประเมิน : ถ้าตอบ "ไม่ได้ยิน" หูข้างใดข้างหนึ่งถือว่าหูข้างนั้นมีปัญหาการได้ยิน

5. ช่องปาก: การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ (สำหรับ รพ.สต.)

1. ปัญหาการเคี้ยวอาหาร		
1.1 มีฟันผุ/รากฟันผุที่ไม่สามารถป้องกันหรือให้บริการได้ หรือไม่	○ มี	○ ไม่มี
1.2 มีเหงือกบวม ฝีหนอง ฟันโยก หรือไม่	○ มี	○ ไม่มี
1.3 จำนวนฟันแท้น้อยกว่าเกณฑ์ (อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ) หรือไม่	○ ใช่	○ ไม่ใช่
2. ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก: มีก้อน รอยแดงรอยขาว แผลเรื้อรัง นานกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่	○ มี	○ ไม่มี
3. ปัญหาปากแห้ง น้ำลายแห้ง: ต้องดื่มน้ำตามเพื่อช่วยกลืนบ่อยครั้ง/ มีอาการลิ้นแห้งติดเพดานบ่อยหรือไม่	○ มี	○ ไม่มี
5.4 สภาพช่องปาก (Oral Hygiene) สะอาด หรือไม่	○ สะอาด	○ ไม่สะอาด

เกณฑ์การประเมิน:

ข้อ 1-3 : ถ้าประเมินว่า **มี** หรือ **ใช่** ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ควรส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรมกับทันตบุคลากร /

: ถ้าประเมินว่า **ไม่มี** หรือ **ไม่ใช่** ควรแนะนำและบริการส่งเสริม ป้องกัน

ข้อ 4 ถ้าประเมินว่า **ไม่สะอาด** ควรฝึกการแปรงฟันและใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์

6. การมองเห็น: การคัดกรองสุขภาวะทางตา	**ไม่ใช่**	**ใช่**	**ระบุตา**
1. นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้อง**น้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง** *(คัดกรองสายตาระยะไกล)*			
2. อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่ง ในระยะ 1 ฟุต **ไม่ได้** *(ประเมินสายตาระยะใกล้)*			
3. ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง *(คัดกรองความเสี่ยงต้อกระจก)*			☐**ซ้าย** ☐**ขวา**
4. ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ *(คัดกรองความเสี่ยงต้อหิน)*			☐**ซ้าย** ☐**ขวา**
5. ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพหรือเห็นภาพบิดเบี้ยว *(คัดกรองความเสี่ยงโรคจอตาเสื่อมจากอายุ)*			☐**ซ้าย** ☐**ขวา**

การพิจารณา:

ตอบว่า ใช่ จำนวน.....ข้อ

☐ ไม่มีปัญหา (ตอบ "ไม่ใช่" ทุกข้อ)

☐ มีปัญหา (ตอบว่า **ใช่** ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่า **มีปัญหาการมองเห็น** ให้ทำ Snellen Chart และ ส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา)

7. กระดูกพรุน: การคัดกรองกระดูกพรุน ด้วยเครื่องมือ OSTA index

อายุ.....**ปี**

น้ำหนักตัว .....**กิโลกรัม**

สูตรการคำนวณ : 0.2 x (น้ำหนักตัว – อายุ) = ...

การแปรผล คะแนน OSTA index:

○ น้อยกว่า -4 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน **สูง**

○ -4 - -1 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน **ปานกลาง**

○ มากกว่า -1 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน **ต่ำ**

สำหรับ รพ.สต.: แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS) ปี 2564

8. ข้อเข่าเสื่อม: การคัดกรองข้อเข่าเสื่อม ข้อคำถาม: ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่?

☐ ไม่ปวดเข่า (ปกติ)

☐ ปวดเข่า **(มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม)** *แนะนำและควรส่งต่อเพื่อประเมินข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกด้วยแบบ GA ใน รพช.ขึ้นไป*

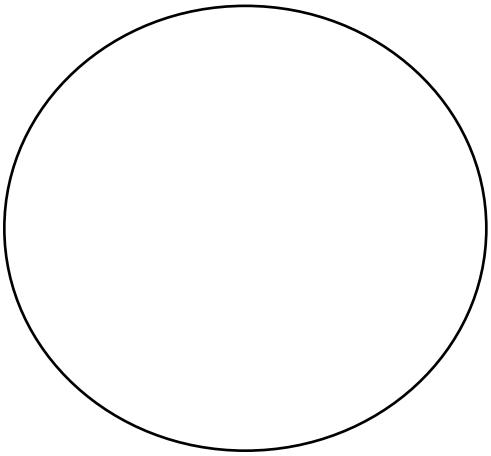
➢ กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)

9. สมรรถภาพสมอง : การคัดกรองสมรรถภาพสมอง ด้วย Mini-Cog

1. **Three Word Registration** ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า "ให้ตั้งใจฟังดีๆเดี๋ยวจะบอกคำ 3 คำ เมื่อพูดจบแล้วให้พูดตามและจำไว้ เดี๋ยวจะกลับมาถามซ้ำ"
(คำแนะนำ: 1.ขณะทำการทดสอบควรอยู่ในที่เงียบสงบ 2. ป้องกันไม่ให้ผู้ถูกทดสอบรายต่อไปได้ยิน)

1. หลานสาว 2. สวรรค์ 3. ภูเขา

2. Clock Drawing (2 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกาโดยใส่ตัวเลขและเข็มนาฬิกาที่เวลา **11.10 น.(รวม 2 คะแนน)**



การพิจารณา:

1. เขียนเลขในหน้าปัดถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ผลการเขียนเลขหน้าปัด .....คะแนน

2. วาดตำแหน่งเข็มนาฬิกาถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ผลวาดเข็มนาฬิกา .....คะแนน

3. Three Word Recall (คำละ 1 คะแนน รวม 3 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำ 3 คำที่ให้จำเมื่อสักครู่ ว่ามีอะไรบ้าง

☐ **หลานสาว** ☐ **สวรรค์** ☐ **ภูเขา** **สามารถตอบได้.....คะแนน**

รวมคะแนนข้อ 2 – 3 .....คะแนน

เกณฑ์การประเมิน: คะแนนเต็ม 5 คะแนน

☐ 4 คะแนนขึ้นไป ถือว่า **ภาวะทางการรู้คิด ปกติ**

☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ถือว่า **มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment)** *ประเมินด้วย MMSE/ TMSE ต่อในระดับ รพช.ขึ้นไป*

10. ภาวะซึมเศร้า: (2Q, 9Q, 8Q)

10.1 การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 2 คำถาม (2Q)	ไม่มี	มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันที่ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การพิจารณา: ตอบว่า "มี" จำนวน.....ข้อ

☐ **ปกติ (ไม่มีทั้ง 2 ข้อ)**

☐ **มีความเสี่ยง** (มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ) **ทำ 9Q ต่อ**

10.2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) (ประเมินต่อกรณีที่คัดกรอง 2Q แล้วมีผล "เสี่ยง")

	คำถาม	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน)	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

รวม.....คะแนน

เกณฑ์การประเมิน (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

☐ น้อยกว่า 7 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

☐ 7 -12 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

☐ 13 - 18 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

☐ มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

สำหรับ รพ.สต.: แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS) ปี 2564

10.3 การประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ประเมินครั้งแรกต้องถามให้ครบทั้ง 8 ข้อ ครั้งต่อไปถามเฉพาะข้อ 1-7 เท่านั้นเพื่อตัดข้อประวัติการฆ่าตัวตายในตลอดชีวิตออกไปจะเหลือความเสี่ยงใน 1 เดือนเท่านั้น โดยข้อที่ 3 ต้องนำคะแนนจากการตอบมารวมกัน ถ้าหากตอบว่า “ใช่” ทั้ง 2 ข้อ จะได้คะแนนในข้อนี้ 14 คะแนน

ข้อ	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมารวมวันนี้	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) .... ท่านสามารถ ควบคุมความอยาก	**ได้**	**ไม่ได้**
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิต ที่	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

เกณฑ์การประเมิน

☐ 0 คะแนน **ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน**

☐ 1-8 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน**ระดับน้อย**

☐ 9-16 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน**ปานกลาง**

☐ ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน**ในระดับรุนแรงให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน**

รวม.....คะแนน

11. ภาวะหกล้ม: **Timed Up and Go test และประวัติการหกล้มใน 6 เดือน**

11.1 ประวัติการหกล้ม: คำถาม: ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เคยหกล้มหรือไม่ ☐ เคยหกล้ม ☐ ไม่เคยหกล้ม

11.2 (Timed up and Go Test) TUGT **วางเก้าอี้ที่มีที่ท้าวแขนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตร ทำเครื่องหมายบนพื้น บอกให้ผู้สูงอายุทราบว่าเมื่อเริ่มจับเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม**

ผล: จับเวลาได้ .....นาที .....วินาที ☐ เดินไม่ได้ ☐ ปกติ ☐ มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แนะนำการป้องกันการหกล้มและส่งต่อเพื่อวินิจฉัย

การพิจารณา : ใช้เวลาเดินตั้งแต่ **12 วินาที** ขึ้นไป แสดงว่า **มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม ให้คัดกรองปัจจัยเสี่ยงหกล้มต่อไป**

12. ภาวะกลั้นปัสสาวะ:

คำถาม: “ผู้สูงอายุมีภาวะ ปัสสาวะเล็ด หรือ ปัสสาวะราด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน”

☐ ไม่มี ☐ มี ให้คำแนะนำและควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษา

13. ภาวะขาดสารอาหาร: **Mini Nutritional Assessment: MNA (Short Form)**

การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

1 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนหรือไม่

⓪ รับประทานอาหารน้อยลงอย่างมาก ① รับประทานอาหารน้อยลงปานกลาง

② การรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลง

2 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่

⓪ น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม ① ไม่ทราบ

② น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม ③ น้ำหนักไม่ลดลง

3 สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่

⓪ นอนบนเตียงหรือต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา

① ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้างแต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง

② เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

4 ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลันหรือไม่

⓪ มี ② ไม่มี

5 มีปัญหาทางจิตประสาท (Neuropsychological problems) หรือไม่

⓪ ความจำเสื่อมหรือซึมเศร้าอย่างรุนแรง ① ความจำเสื่อมเล็กน้อย

② ไม่มีปัญหาทางประสาท

6.1 ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กก.) / [ส่วนสูง (ม.)^2]

⓪ BMI น้อยกว่า 19 ① BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21

② BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23 ③ BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป

หากไม่สามารถหาค่าดัชนีมวลกายได้ให้เปลี่ยนคำถามข้อ **F1** เป็น **F2**

6.2 เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC) หน่วยเป็นเซนติเมตร

⓪ CC น้อยกว่า 31 ③ CC ตั้งแต่ 31 ขึ้นไป

คะแนนรวม.....คะแนน

เกณฑ์การประเมิน: คะแนนเต็ม 14 คะแนน

☐ **12-14 คะแนน โภชนาการปกติ**

☐ **8-11 คะแนน เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร**

☐ **0-7 คะแนน ขาดสารอาหาร**

หมายเหตุ: หากคะแนนรวม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ให้ประเมินต่อด้วย แบบ MNA Full form (ระดับ รพช.ขึ้นไป)

สำหรับ รพ.สต.: แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS) ปี 2564

14. ปัญหาการนอน:

คำถามที่ 1. ท่าน(ผู้สูงอายุ) มีปัญหาการนอนหลับหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีปัญหา ได้แก่ ○ นอนไม่หลับ ○ นอนมากไป ○ นอนกรน ○ นอนละเมอ ○ อื่นๆระบุ.....

ระยะเวลาที่มีปัญหาการนอนหลับ .....ปี .....เดือน .....วัน โดยเฉลี่ย ท่าน(ผู้สูงอายุ) หลับได้คืนละ .....ชั่วโมง

คำถามที่ 2. ท่าน (ผู้สูงอายุ) มีอาการง่วง อ่อนเพลีย ตอนกลางวันหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีปัญหา

การพิจารณา : ถ้าตอบ **"มีปัญหา"** ข้อใดข้อหนึ่ง ควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

➢ สมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล

15. กิจวัตรประจำวัน: การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Bathel Activities of Daily Living: ADL)

รายการประเมิน	ผล /(คะแนน)			
1.กินอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้ต่อหน้า	☐ทำได้เอง (2)	☐ ทำเองได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วย (1)	☐ ทำไม่ได้ (0)	
2.ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (1-2วันที่ผ่านมา)	☐ทำได้เอง (1)	☐ ต้องการความช่วยเหลือ (0)		
3.ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	☐ทำไม่ได้ (0)	☐ ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก (1)	☐ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (2)	☐เดินได้เอง (3)
4.การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	☐ช่วยตัวเองไม่ได้ (0)	☐ทำเองได้บ้าง (1)	☐ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (2)	
5.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	☐เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0)	☐ต้องใช้รถเข็นแต่ไม่ต้องช่วย(1)	☐ เดินได้ต้องมีคนช่วยพยุง (2)	☐เดินได้เอง (3)
6.การสวมใส่เสื้อผ้า	☐ ต้องมีคนสวมใส่ให้ (0)	☐ ช่วยตัวเองได้ประมาณครึ่งหนึ่งที่เหลือต้องช่วย(1)		☐ทำได้เอง (2)
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	☐ ไม่สามารถทำได้ (0)	☐ ต้องการคนช่วย (1)	☐ ขึ้นลงได้เองถ้าใช้เครื่องช่วยจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย (2)	
8.การอาบน้ำ	☐ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (0)	☐อาบน้ำเองได้ (1)		
9.การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ1 สัปดาห์ที่ผ่าน	☐กลั้นไม่ได้ (0)	☐กลั้นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (1)	☐กลั้นได้ปกติ (2)	
10.การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่าน	☐กลั้นไม่ได้ (0)	☐กลั้นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง (1)	☐กลั้นได้ปกติ (2)	

รวม.....คะแนน /การพิจารณา:	☐ กลุ่ม 1(Independent) คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	☐ กลุ่ม 2 (Partial-Dependent) คะแนน 5 – 11 คะแนน	☐ กลุ่ม 3 (Dependent) คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4

วันที่ ...../...../.....

ชื่อ.....ผู้ทำการคัดกรอง

หน่วยงาน..... หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

อ้างอิงตาม คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข

โดย คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม Email: agingdms.moph@gmail.com