

แบบคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....อายุ..... ปี เลขบัตรประชาชนวันเดือนปีเกิด.....
 บ้านเลขที่ หมู่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด
 ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก.....กก. รอบเอว..... ซม.

2. ข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ

2.1 การคัดกรองโรคเบาหวาน

- ระดับน้ำตาลในเลือด มก./ดล. ปกติ เสี่ยง ป่วย

2.2 การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

- ระดับความดันโลหิต/..... มม.ปรอท ปกติ เสี่ยง ป่วย

2.3 การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีภาวะอ้วน

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ หรือ หยุดสูบไม่เกิน 1 ปี		
2	ระดับความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ≥ 100 มก./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาล ว่ามีภาวะไขมันเลือดผิดปกติ โดย TC>280 มก./ดล. และ/หรือ LDL>100 มก./ดล. และ/หรือ TG>150 มก./ดล. และ/หรือ HDL ในชาย<40 มก./ดล. ในหญิง <50 มก./ดล.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	เส้นรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.) หาร 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต		
7	มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่หรือน้องท้องเดียวกัน) ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี ผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)		

ผลการคัดกรอง ปกติ เสี่ยง ป่วย

การแปลผล : ถ้าตอบ “ใช่” ≤ 2 ข้อ มีความเสี่ยง
 ถ้าตอบ “ใช่” 3 – 4 ข้อ มีความเสี่ยงสูง
 ถ้าตอบ “ใช่” ≥ 5 ข้อ มีความเสี่ยงสูง

2.4 การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก

1. ประเมินพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก

1.1 การแปรงฟัน

- ไม่ได้แปรงฟัน / ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน
- แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า และ ก่อนนอน
- แปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้ง ระบุ
- อื่นๆ ระบุ

1.2 การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน

- ไม่ใช่
- ใช่

1.3 การทำความสะอาดซอกฟัน ทุกวัน / เกือบทุกวัน

- ไม่ทำ
- ทำ โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่

2. ประเมินสภาวะเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก

- สูบบุหรี มากกว่า 10 มวน / วัน
 เคี้ยวหมากเป็นประจำ

ส่วนที่ 2 ประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ข้อ	คำถาม	คะแนน		การติดตามผล	
		0	1		
1	เนื้อเยื่อในปาก : บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม / ก้อนเนื้อ / มีแผลเรื้อรัง หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
2	เหงือกและอวัยวะปริทันต์ : บริเวณเหงือกมีเลือดออก / มีฝีหนอง / ฟันโยก หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
3	ฟันผุ : มีฟันผุเป็นรู เสียวฟัน ฟันหัก / ฟันแตกเหลือแต่ตอฟัน หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
4	ปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน : มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
5	ฟันเทียม : จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม หรือทำฟันเทียมใหม่ หรือไม่	ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/>	จำเป็น <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
6	การได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร : ท่านเคยได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร หรือไม่	เคย <input type="checkbox"/>	ไม่เคย <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
7	ความต้องการการรักษาทางทันตกรรม : ปัจจุบันท่านต้องการการรักษา หรือไม่	ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/>	ต้องการ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แผนการส่งต่อ การส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาทางทันตกรรมจากทันตบุคลากร

- เนื้อเยื่อในช่องปาก
 เหงือกและอวัยวะปริทันต์
 ฟันผุ
 ปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน
 ฟันเทียม

ผลการประเมิน ปกติ ผิดปกติ

2.5 การคัดกรองสภาวะทางตา

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา
1	นับนิ้วในระยะ 3 เมตร ได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	ปิดตาทีละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย ขวา
4	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย ขวา
5	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพ หรือเห็นภาพบิดเบี้ยว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย ขวา

ผลการคัดกรอง ปกติ ผิดปกติ

การประเมินการมองเห็น : Snellen Chart

ผลการประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสแนลเลนของผู้สูงอายุ

ตาขวา / ตาซ้าย /

ผลการประเมิน ปกติ ผิดปกติ

2.6 การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002

ข้อแนะนำ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นใช้คัดกรองสภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ด้วย โดยไม่ต้องทำข้อ 4 ข้อ 9 และข้อ 10

1. Orientation for time : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน)

ข้อนี้ให้ทำตามทีบอก ตั้งใจฟังดีๆ นะ เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา ยาย) “รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้งสองข้าง เสร็จแล้ววางไว้ที่” (พื้น โต๊ะ เติง)

ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือ 2 ข้าง วางไว้ที่ ... (พื้น โต๊ะ เติง)

9. **Written command :** ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา ยาย) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียง หรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

หลับตา

10. **Writing :** ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

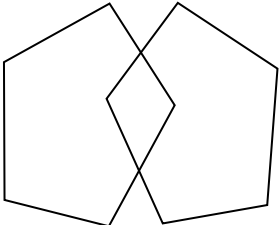
ให้คุณ (ตา ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมาย 1 ประโยค

.....

ประโยคมีความหมาย

11. **Visuoconstruction :** ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา ยาย) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง



.....

ผลการทดสอบ ปกติ สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

*หมายเหตุ แปลผลโดยใช้คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ หน้า 30

2.7 การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ - เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์

- ขณะสอบถาม ถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบาย หรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผลการคัดกรอง ปกติ มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ - เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์

- ถามทีละข้อ ไม่ซ้ำ หรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ

- ขณะสอบถาม ถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบาย หรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (>7 วัน)	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือ หลับ ๆ ตื่น ๆ 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 หรือ ทำให้ตนเอง หรือ ครอบครัว ผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตาย ไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวม <input type="text"/> <input type="text"/>					

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

- คะแนนรวม <7 คะแนน แสดงว่า ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
- คะแนนรวม 7-12 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
- คะแนนรวม 13-18 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
- คะแนนรวม ≥ 19 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

แนวทางปฏิบัติ ควรแจ้งผล พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว หรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

2.8 การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่

- ไม่ปวดเข่า
 ปวดเข่า

การพิจารณา ถ้าตอบ “ปวดเข่า” แสดงว่า มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30 นาที (stiffness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผลการคัดกรอง ปกติ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

2.9 การคัดกรองภาวะหกล้ม : Timed Up and Go Test (TUGT)

ข้อแนะนำ การคัดกรองภาวะหกล้มด้วย TUGT เป็นการทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดิน และจับเวลาที่ใช้ในการเดิน
 วิธีการประเมิน ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรง ระยะทาง 3 เมตร หมุนตัว และเดินกลับมานั่งที่เดิม

จับเวลาได้ นาที วินาที

- <30 วินาที ≥ 30 วินาที เดินไม่ได้

ผลการคัดกรอง ปกติ มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

2.10 การคัดกรองภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะ

ภาวะกลืนปัสสาวะ	ไม่มี	มี
ผู้สูงอายุมีภาวะ “ปัสสาวะเล็ด” หรือ “ปัสสาวะราด” จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผลการคัดกรอง ปกติ มีปัญหาการกลืนปัสสาวะ

2.11 การคัดกรองภาวะโภชนาการ : ดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index)

วิธีคิดค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วย ส่วนสูงกำลังสอง (หน่วยเป็นเมตร)

$$\text{สูตรคำนวณ} \quad \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

การแปลผล

BMI มาตรฐานอาเซียน (เอเชีย)	การแปลผล
<18.5	<input type="checkbox"/> ผอม
18.5-22.9	<input type="checkbox"/> ปกติ
23.0-24.9	<input type="checkbox"/> ท้วม
25.0-29.9	<input type="checkbox"/> อ้วน
≥ 30	<input type="checkbox"/> อ้วนมาก

การประเมินภาวะโภชนาการ

- ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืน หรือไม่
 - 0 ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก
 - 1 ความอยากอาหารลดลงปานกลาง
 - 2 ความอยากอาหารไม่ลดลง
- ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลง หรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก)
 - 0 น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม
 - 1 ไม่ทราบ
 - 2 น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม
 - 3 น้ำหนักไม่ลดลง
- สามารถเคลื่อนไหวได้เอง หรือไม่
 - 0 นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา
 - 1 ลุกจากเตียง หรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง
 - 2 เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
- ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรง หรือป่วยเฉียบพลัน หรือไม่
 - 0 มี
 - 2 ไม่มี
- มีปัญหาทางจิตประสาท หรือไม่
 - 0 ความจำเสื่อม หรือ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง
 - 1 ความจำเสื่อมเล็กน้อย
 - 2 ไม่มีปัญหาทางประสาท
- 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

คะแนนรวม

ผลการประเมิน	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	<input type="checkbox"/> มีภาวะขาดสารอาหาร
การแปลผล :	คะแนนรวม 12 – 14 คะแนน แสดงว่า	มีภาวะโภชนาการปกติ	
	คะแนนรวม 8 – 11 คะแนน แสดงว่า	มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	
	คะแนนรวม 0 – 7 คะแนน แสดงว่า	มีภาวะขาดสารอาหาร	

2.12 การประเมินปัญหาการนอน

ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับ หรือไม่

- ไม่มี
 มีปัญหา
 นอนไม่หลับ นอนมากเกินไป นอนกรน นอนละเมอ
 อื่นๆ ระบุ

ระยะเวลาที่มีปัญหาการนอนหลับ ปี เดือน

โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุหลับได้คืนละ ชั่วโมง

ผลการประเมิน ปกติ มีปัญหาการนอน

3. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ข้อแนะนำ – เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า หรือ ถามว่าทำได้หรือไม่

- เป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา
- เป็นการวัดระดับการพึ่งพิง หากต้องมีคนคอยดูแล หรือเผื่อระวังเวลาปฏิบัติกิจ ให้อธิบายไม่ได้คะแนนเต็ม
- ถ้าหมดสติ ให้ 0 คะแนน ทั้งหมด

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 1 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

คะแนน

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0 ต้องการความช่วยเหลือ
 1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3 ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

- 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0 ไม่สามารถทำได้

1 ต้องการคนช่วย

2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

1 อาบน้ำได้เอง

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2 กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้

1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

2 กลั่นได้เป็นปกติ

คะแนนรวม

- ผลการประเมิน กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (≥ 12 คะแนน)
 กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง (5 - 11 คะแนน)
 กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (≤ 4 คะแนน)

ลงชื่อ.....ผู้คัดกรอง / ประเมินผู้สูงอายุ

..... ตำแหน่ง

..... วันที่