



## 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  $\geq$  126 มก./ดล. แสดงว่า เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

2. ความดันโลหิตสูงอายุ: วัดความดันโลหิตสูง

วัดความดันโลหิต: ระดับความดันโลหิตตัวบน/ซิสโตลิก (SBP) เท่ากับ ..... มม.ปรอท / ระดับความดันโลหิตตัวล่าง/ไดแอสโตลิก (DBP) เท่ากับ ..... มม.ปรอท

การพิจารณา: มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)  $\geq$  140 มม.ปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)  $\geq$  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  $\geq$ 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  $\geq$ 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  $\geq$ 180 มม.ปรอท เลือกช่วง 180

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

- น้อยกว่าส่วนสูงหาร 2  มากกว่าส่วนสูงหาร 2

การพิจารณา :

ประเมินโดยใช้เกณฑ์ตามแถบสี Thai CVD risk score (กรณี มี ค่าคอเลสเตอรอล ใช้ตารางสีที่ 1 ไม่มีคอเลสเตอรอล ใช้ตารางสีที่ 2)  
\*กรอกคำตอบและคะแนนต่างๆใน aging health data แล้วจะแปรผลได้ทันที

4. การได้ยิน: การคัดกรองการได้ยิน ด้วยการถูนิ้ว (Finger rub test)

ผู้ชาย  ได้ยิน  ไม่ได้ยิน      ผู้ชาย  ได้ยิน  ไม่ได้ยิน

เกณฑ์การประเมิน : ถ้าตอบ "ไม่ได้ยิน" หูข้างใดข้างหนึ่งถือว่าหูข้างนั้นมีปัญหาการได้ยิน

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

1. ปัญหาการเคี้ยวอาหาร

- 1.1 มีฟันผุ/รากฟันที่ไม่สามารถป้องกันหรือให้บริการได้ หรือไม่  
1.2 มีเหงือกบวม ฝึหนอง ฟันโยก หรือไม่  
1.3 จำนวนฟันแท่นน้อยกว่าเกณฑ์ (อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ) หรือไม่

- มี       ไม่มี  
 มี       ไม่มี  
 ใช่       ไม่ใช่

2. ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก: มีก้อน รอยแดงรอยขาว ผลเรื้อรัง 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: การคัดกรองสุขภาพตาทางตา

ไม่ใช่

ใช่

ระบุตา

1. นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง (คัดกรองสายตาระยะไกล)

2. อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่ง ในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้ (ประเมินสายตาระยะใกล้)

3. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง (คัดกรองความเสี่ยงต่อกระจก)

ซ้าย  ขวา

4. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ (คัดกรองความเสี่ยงต่อหิน)

ซ้าย  ขวา

5. ปิดตาดูที่ละข้าง 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

การแปรผล คะแนน OSTA index:

อายุ.....ปี  
น้ำหนักตัว .....กิโลกรัม  
สูตรการคำนวณ :  $0.2 \times (\text{น้ำหนักตัว} - \text{อายุ}) = \dots\dots\dots$

- น้อยกว่า -4 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน สูง  
 -4 - -1 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน ปานกลาง  
 มากกว่า -1 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน ต่ำ



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

8. **ข้อเข้าเสื่อม:** การคัดกรองข้อเข้าเสื่อม\_ ข้อคำถาม: ผู้สูงอายุมีอาการปวดข้อหรือไม่?

- ไม่ปวดข้อ (ปกติ)
- ปวดข้อ (มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข้าเสื่อม) แนะนำและควรส่งต่อเพื่อประเมินข้อเข้าเสื่อมทางคลินิกด้วยแบบ GA ใน รพช.ขึ้นไป

**➤ กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)**

9. **สมรรถภาพสมอง:** การคัดกรองสมรรถภาพสมอง ด้วย Mini-Cog

1. **Three Word Registration** ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้ตั้งใจฟังดีๆ จะบอกคำ 3 คำ เมื่อพูดจบแล้วให้พูดตามและจำไว้ เดี่ยวจะกลับมาถามซ้ำ”  
(คำแนะนำ: 1.ขณะทำการทดสอบควรอยู่ในที่เงียบสงบ 2. ป้องกันไม่ให้ผู้ถูกทดสอบรายต่อไปได้ยิน)

1. หลานสาว      2. สวรรค์      3. กุเขา

2. **Clock Drawing (2 คะแนน)** ให้ผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกาโดยใช้ตัวเลขและเข็มนาฬิกาที่เวลา 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

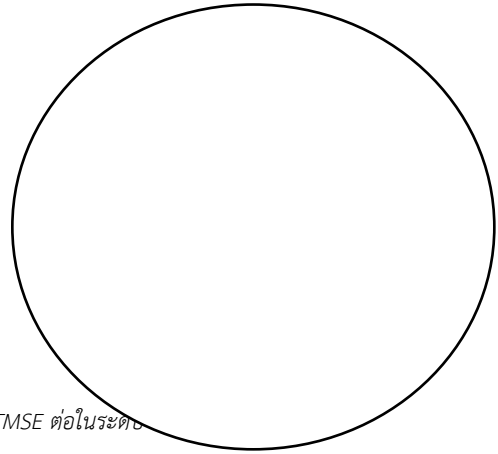
- หลานสาว       สวรรค์       กุเขา      สามารถตอบได้.....คะแนน

รวมคะแนนข้อ 2 - 3 .....คะแนน

**เกณฑ์การประเมิน:** คะแนนเต็ม 5 คะแนน

4 คะแนนขึ้นไป ถือว่า ภาวะทางารรู้คิด ปกติ

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ถือว่า มีภาวะบกพร่องทางารรู้คิด (Cognitive Impairment) ประเมินด้วย MMSE/ TMSE ต่อในระด



10. **ภาวะซึมเศร้า:** (2Q, 9Q, 8Q)

10.1 การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 2 คำถาม (2Q)

ไม่มี

มี

การพิจารณา: ตอบว่า “มี” จำนวน.....ข้อ

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่

ปกติ (ไม่มีทั้ง 2 ข้อ)

2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

มีความเสี่ยง (มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ) ทำ 9Q ต่อ

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. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

10.2 **แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)** (ประเมินต่อกรณีที่คัดกรอง 2Q แล้วมีผล “เสี่ยง”)

รวม.....คะแนน

**เกณฑ์การประเมิน (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)**

- น้อยกว่า 7 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้ายกระดับน้อยมาก
- 7 -12 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้ายกระดับน้อยมาก
- 13 - 18 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้ายกระดับน้อยมาก
- มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้ายกระดับน้อยมาก



**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	ใช่	ไม่
1	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) .... ท่านสามารถ ควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกได้ไหมว่าจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
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 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย
- 9-16 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันปานกลาง
- ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรงให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน

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** วางเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตร ทำเครื่องหมายบนพื้น บอกให้ผู้สูงอายุทราบเวลาเมื่อเริ่มจับเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม

ผล: จับเวลาได้ .....นาที่ .....วินาที  เดินไม่ได้  ปกติ  มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แนะนำการป้องกันการหกล้มและส่งต่อเพื่อวินิจฉัย

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

**12. ภาวะกลืนปัสสาวะ:**

คำถาม: “ผู้สูงอายุมีภาวะ ปัสสาวะเล็ด หรือ ปัสสาวะรด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน”

ไม่มี  มี ให้คำแนะนำและควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษา

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

**การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ**

1 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากความอยากอาหารลดลง

มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนหรือไม่

① รับประทานอาหารน้อยลงอย่างมาก ② รับประทานอาหารน้อยลงปานกลาง

③ การรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลง

2 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่

① น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม ② ไม่ทราบ

③ น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม ④ น้ำหนักไม่ลดลง

3 สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่

① นอนบนเตียงหรือต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา

② ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้างแต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง

③ เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

4 ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเจ็บป่วยหรือไม่

① มี ② ไม่มี

5 มีปัญหาทางจิตประสาท (Neuropsychological problems) หรือไม่

① ความจำเสื่อมหรือซึมเศร้าอย่างรุนแรง ② ความจำเสื่อมเล็กน้อย

③ ไม่มีปัญหาทางประสาท

6.1 ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กก.) / [ส่วนสูง (ม.)<sup>2</sup>]

① BMI น้อยกว่า 19 ② BMI ตั้งแต่ 19 แต่ไม่น้อยกว่า 21

③ BMI ตั้งแต่ 21 แต่ไม่น้อยกว่า 23 ④ BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป

หากไม่สามารถหาค่าดัชนีมวลกายได้ให้เปลี่ยนคำถามข้อ F1 เป็น F2

6.2 เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC) หน่วยเป็นเซนติเมตร

① CC น้อยกว่า 31 ② 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 รพ.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. กิจกรรมประจำวัน: การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Bathel Activities of Daily Living: ADL)

รายการประเมิน	ผล /(คะแนน)			
1.กินอาหาร เมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้ต่อหน้า	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (2)	<input type="checkbox"/> ทำเองได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วย (1)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0)	
2.ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (1-2วัน ที่ผ่านมาก)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (1)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือ (0)		
3.ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก (1)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (2)	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง (3)
4.การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	<input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ทำเองได้บ้าง (1)	<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (2)	
5.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	<input type="checkbox"/> เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องใช้รถเข็นแต่ไม่ต้องช่วย(1)	<input type="checkbox"/> เดินได้ต้องมีคนช่วยพยุง (2)	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง (3)
6.การสวมใส่เสื้อผ้า	<input type="checkbox"/> ต้องมีคนสวมใส่ให้ (0)	<input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองได้ประมาณครั้งหนึ่งที่เหลือต้องช่วย(1)		<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (2)
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องการคนช่วย (1)	<input type="checkbox"/> ขึ้นลงได้เองถ้าใช้เครื่องช่วยจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย (2)	
8.การอาบน้ำ	<input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (0)	<input type="checkbox"/> อาบน้ำเองได้ (1)		
9.การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผ่าน	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (1)	<input type="checkbox"/> กลั่นได้ปกติ (2)	
10.การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่าน	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง (1)	<input type="checkbox"/> กลั่นได้ปกติ (2)	
รวม.....คะแนน /การพิจารณา:	<input type="checkbox"/> กลุ่ม 1 (Independent) คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน		<input type="checkbox"/> กลุ่ม 2 (Partial-Dependent) คะแนน 5 - 11 คะแนน	
	<input type="checkbox"/> 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