



แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองผู้สูงอายุ (BGS : Basic Geriatric Screening)
เครือข่ายบริการสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอ... จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล... เลขบัตร... อายุ... ปี ที่อยู่เลขที่... ตำบล...
ชื่อ-สกุลผู้ดูแล... ความสัมพันธ์... เบอร์โทรศัพท์...
โรคประจำตัว... ระดับความดันโลหิต... มม.ปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด... มก.ดล.
น้ำหนัก... กิโลกรัม ส่วนสูง... เซนติเมตร รอบเอว... เซนติเมตร BMI... kg/m

2

การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living : ADL)

- ☐ กลุ่ม 1 ติดสังคม (ช่วยเหลือตัวเองได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน)
☒ กลุ่ม 2 ติดบ้าน (ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 5 - 11 คะแนน)
☐ กลุ่ม 3 ติดเตียง (ต้องมียูดูแลและช่วยเหลือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน)

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ☐ เป็น ☒ ไม่เป็น

รายได้: อาชีพปัจจุบัน... มีเฉลี่ยต่อเดือน... บาท ☐ ไม่มีรายได้

ที่พักอาศัย: ☐ อยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแล ☐ สองคนตายหรือผู้ป่วย/ผู้พิการ ☒ อยู่ร่วมกับผู้ดูแล/ญาติที่เป็นคนในครอบครัว
พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ***ด้านการออกกำลังกาย มีการทำกิจกรรมประจำวันเคลื่อนไหวที่ทำได้ ออกแรง

☒ ประจำ ☐ ครั้งคราว ☐ ไม่เคยเลย

***ด้านการบริโภคอาหาร ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เน้นปลา ผักและผลไม้

☐ ประจำ ☒ ครั้งคราว ☐ ไม่เคยเลย

การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย

1. วัณโรค: ท่านมีอาการไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์หรือไม่ ☒ มี ☐ ไม่มี

2. สุขภาพช่องปาก: ประเมินพฤติกรรมการทำความสะอาด (หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมไม่สอดคล้องเหมาะสม ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง)

1. การแปรงฟัน ☐ ไม่ได้แปรงฟัน/ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน ☐ แปรงวันละ 1 ครั้งก่อนนอน ☒ แปรง 2 ครั้ง/วัน เช้า/เย็น
☐ แปรงมากกว่า 2 ครั้ง/วัน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

2. การใช้ยาสีฟัน ☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. การทำความสะอาดซอกฟัน ทุกวัน/เกือบทุกวัน ☐ ไม่ทำ ☒ ทำ โดยใช้อุปกรณ์... แปรงสีฟัน

4. ประเมินสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ☒ สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วัน ☐ เคี้ยวหมากประจำ ☐ ดื่มสุรามากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

5. ปัญหาการบดเคี้ยว มีฟันใช้งานได้ 32 ซี่ และมีฟันหลังหรือกราม 8 คู่สบ (นับรวมฟันปลอม)

3. สุขภาพทางตา: การคัดกรองสภาวะทางตา

ไม่ใช่ ใช่ ระบุตา

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

✓

2. อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่ง ในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้ (ประเมินสายตาระยะใกล้)

✓

ขวา

3. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง (คัดกรองความเสี่ยงต้อกระจก)

✓

☐ ซ้าย ☐ ขวา

4. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู
สิ่งของบ่อยๆ (คัดกรองความเสี่ยงต้อหิน)

✓

☒ ซ้าย ☐ ขวา

5. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพหรือเห็นภาพบิดเบี้ยว (คัดกรองความเสี่ยง
โรคจอตาเสื่อมจากอายุ)

✓

☐ ซ้าย ☐ ขวา

การพิจารณา: ตอบว่า ใช่ จำนวน.....ข้อ

☐ ไม่มีปัญหา(ตอบ "ไม่ใช่" ทุกข้อ)

☐ มีปัญหา(ตอบว่า ใช่ ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่ามีปัญหาการมองเห็น ส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา)

การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes

1. การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 2 คำถาม (2Q)

	ไม่มี	มี	<input type="checkbox"/> ปกติ (ไม่มีทั้ง 2 ข้อ)
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรือเหนื่อยหน่ายหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> มีความเสี่ยง(มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ)ควรทำ 9Q ต่อ
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

2. การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม : คำถาม: ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่

- ☐ ไม่ปวดเข่า (ปกติ)
- ☒ ปวดเข่า (มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม) แนะนำและควรส่งต่อเพื่อคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

3. การคัดกรองภาวะหกล้ม : (Time up and Go Test) TUGT : ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรง

ระยะ 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม จับเวลาได้ ...1... นาที ...25... วินาที

- ☐ เดินไม่ได้ ☐ ใช้เวลาน้อยกว่า 12 วินาที (ปกติ) ☐ หกล้ม ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา
- ☐ ใช้มากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาทีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แนะนำการป้องกันการหกล้มและส่งต่อเพื่อวินิจฉัย

4. คัดกรองโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สำหรับประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป (14 ข้อคำถาม)

ข้อ	อาการ	นานๆครั้ง/ไม่ เคย/ปี	ไม่บ่อย/ ทุกเดือน	บ่อยครั้ง/ทุก สัปดาห์	ประจำ/ ทุกวัน
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
1.	หาของใช้ในบ้านไม่พบ		<input checked="" type="checkbox"/>		
2.	จำสถานที่ที่เคยไปบ่อย ๆ ไม่ได้				<input checked="" type="checkbox"/>
3.	ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม้จะตั้งใจทำซ้ำถึง 2 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>	
4.	ลืมของที่ตั้งใจว่าจะนำออกไปนอกบ้านด้วย			<input checked="" type="checkbox"/>	
5.	ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้หรือเมื่อ 2-3 วันก่อน	<input checked="" type="checkbox"/>			
6.	ลืมเพื่อนสนิทหรือญาติสนิทหรือบุคคลที่คบหากันบ่อยๆ				<input checked="" type="checkbox"/>
7.	ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์หรือวารสารที่อ่าน			<input checked="" type="checkbox"/>	
8.	ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง	<input checked="" type="checkbox"/>			
9.	ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่		<input checked="" type="checkbox"/>		
10.	สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา	<input checked="" type="checkbox"/>			
11.	ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำหรือมองหาลิงของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้		<input checked="" type="checkbox"/>		
12.	ขณะเดินทาง หรือเดินเล่น หรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อย มักเกิดเหตุการณ์หลงทิศ หรือหลงทาง				<input checked="" type="checkbox"/>
13.	ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำถึง 2 ครั้ง เพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไปในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหิวน้ำซ้ำอีกครั้ง ซึ่งเมื่อสักครู่นี้ได้หิวน้ำเสร็จ			<input checked="" type="checkbox"/>	
14.	เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่นี้ได้เล่าเสร็จ		<input checked="" type="checkbox"/>		

การพิจารณา :

รวม.....คะแนน

- ☐ 0-30 คะแนน
อยู่ในเกณฑ์กลุ่มปกติ

- ☐ ตั้งแต่ 31 คะแนนขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์สงสัยกลุ่มป่วย
- ☐ ผิดปกติข้อ 6,9,11,13 และ 14 มีคะแนน 3 หรือ 4 คะแนน
อยู่ในเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ควรไปพบแพทย์

1. Time and space orientation

วันนี้เป็น วัน /เดือน/ ปี อะไร

4 / 01 / 2565

ตอนนี้เรากำลังอยู่ที่ไหน

บ้าน

2. ภาวะโภชนาการ

ช่วงสามเดือนที่ผ่านมาท่านน้ำหนักลดลงเกิน 3 ก.ก. แบบไม่ตั้งใจ

☐ ใช่

☒ ไม่ใช่

ท่านรู้สึกเบื่อ หรืออยากอาหารลดลง

☒ ใช่

☐ ไม่ใช่

3. การได้ยิน

ให้นิ้วโป้งกับนิ้วชี้ห่างจากหูของผู้สูงอายุประมาณ 1 นิ้ว ทึ่ละข้าง ทั้งหูขวาและหูซ้าย (Finger rub test)

ไม่ได้ยิน 1 ข้าง

☐ ซ้าย

☐ ขวา

☐ ไม่ได้ยิน 2 ข้าง

☒ ได้ยินปกติ

4. การกลืนปัสสาวะ

ท่านมีปัญหาปัสสาวะเล็ดหรือราดจนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันหรือไม่

☐ ใช่

☒ ไม่ใช่

ลงชื่อ ธนภูมิ นามลัมมณี ผู้ทำการคัดกรอง

วันที่ 4 / มกราคม / 2565