






แบบสรุปและติดตามรายงาน ADL การให้บริการดูแลและช่วยทางด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

ตำแหน่งนางสาวพรระ อังกาพอด จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2564 (เงินบงบ63) ผู้จัดการรายการ (Care Manager) นางนิศิตยา ขาลี

 = ADL ลดลง  
 = ADL เพิ่มขึ้น

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ	อายุ(ปี)	ที่อยู่	หลังดำเนินการ												หมายเหตุ																	
				ก่อน		ธค. 63		มค. 64		กพ. 64		มีค. 64		เมย. 64			พค. 64		มิย. 64		กค. 64		กค. 64		กย. 64		ตค. 64		พย. 64				
				ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม		ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	ADL	กลุ่ม	
37	นางปิ่น พุดอน	83	156 ม.10	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2		
38	นายศุภใจ โพธารณะ	49	60 ม.11	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3		
39	นางทองพูน อุดม	81	66 ม.11	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1		
40	นายบุญ ศรีมงคล	76	1 ม.12	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1	6	1		
41	นางหอม เม่นัส	64	133 ม.12	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4		
42	นายปรีชา เทียงศรี	48	1 ม.13	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	หมายเหตุ 7 ธค. 64	
43	นายศิวา ไร่แดน	82	88 ม.1	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2		
44	นางสุวิมล ทิพย์ศรีราช	76	92 ม.14	10	2	10	2	10	2	10	2	10	2	10	2	10	2	10	2	10	2	10	2	10	2	10	2	10	2	10	2		
45	นางดวง อุ่นเสภา	71	40 ม.14	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2	ย้ายไปอยู่ห้อง	
46	นางอรทัย ละคร	64	102 ม.14	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4		
47	นายศิริราณี สุริษา	36	21 ม.14	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3		
48	นางไตรศร ดอนมุงคณ	74	33 ม.3	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1	11	1		
49	นางสวย เทียงสี	72	30 ม.1	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4		
50	นางกา มาน้อย	78	113 ม.13	11	2																											หมายเหตุ 13 กพ. 64	
51	นางทองสา ขงรพ	85	126 ม.3	10	1	หมายเหตุลดทลง																											
52	นางเตียง รูปตย	61	119 ม.1	8	1	หมายเหตุลดทลง																											
53	นางบุณย์อม ปางราช	65	145 ม.14	11	1	หมายเหตุลดทลง																											หมายเหตุ 13 ธค. 64
54	นางทองใบ นามวิเศษ	80	17 ม.2	7	3	หมายเหตุลดทลง																											หมายเหตุ 20 มิย. 64

แบบสรุปและติดตามรายงาน ADL การให้บริการดูแลและยกระดับมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง

ศาลากลางจังหวัดชลบุรี อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2564(เงินงบปี53) ผู้จัดการรายกรณี (Care Manager) นางรัชชฎา นาลี

= ADL ลดลง

= ADL เพิ่มขึ้น

หลังดำเนินการ

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ	อายุ(ปี)	ที่อยู่	ก่อน		หลังดำเนินการ												หมายเหตุ																						
				ADL	กลุ่ม	ธค. 63	มค. 64	กพ. 64	มีค. 64	เมย. 64	พค. 64	มิย. 64	กค. 64	สค. 64	กย. 64	ตค. 64	พย. 64																							
55	นางสมบูรณ์ มีรัมย์	59	70 ม.2	11	1	แขนงนางวง เริ่มดูแล เมย.64																																		
56	นายทองมี เมืองศรี	81	15 ม.4	3	4	แขนงนางซักร เริ่มดูแล พค.64																																		
57	นางจี พลมศรี	82	75 ม.6	0	4	แขนงนายเสว เริ่มดูแล พค.64																																		
58	นายเคน พลมาศรี	62	8 ม.6	11	1	แขนงนางจี เริ่มดูแล กค.64																																		
59	นางคำปิ่น พิลม	81	14 ม.11	11	1	แขนงนางทองใบ เริ่มดูแล กค.64																																		
60	นางมาน กุลวงษ์	75	78 ม.8	4	3	แขนงนางเตียง เริ่มดูแล กค.64																																		
61	นายปริชา ยอดน้ำคำ	52	40 ม.12	11	1	แขนงนางหอม เริ่มดูแล ตค.64																																		

ท้าย 20 มิย.64

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... อายุ..... ปี

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว.....

.. มีผู้ดูแล.. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	0
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นาง นอบ ส. ขจรพวง ..... อายุ 85 ปีบ้านเลขที่ 126 หมู่ที่ 3 ตำบล หนองปรือใหญ่ อำเภอพล.....จังหวัดขอนแก่น.....

โรคประจำตัว.....

.. มีผู้ดูแล.. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกร่างกายทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกร่างกายทำตาม หรือต้องให้คนสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน ( CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นาง อี นง ๓๐ .....อายุ 81 ปี

บ้านเลขที่ 144 หมู่ที่ 3 ตำบล หนองแก้ว อำเภอ พล จังหวัด ขอนแก่น .....

โรคประจำตัว ความดัน .....  .. มีผู้ดูแล  .. ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	0
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	0
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นว ใส ..... อายุ ..... ๗๖ ปี

บ้านเลขที่ ..... ๖ ..... หมู่ที่ ..... ๓ ..... ตำบล ..... นนทบุรี ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... ขอนแก่น .....

โรคประจำตัว ..... เบาหวาน / ความดัน .....

 .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ตัวเอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)



## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นาย ปรีชา น.ท่า..... อายุ..... 59 ปี

บ้านเลขที่..... 212 หมู่ที่..... 3 ตำบล..... นายแก้วสิงหน..... อำเภอพล..... จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว.....

.. มีผู้ดูแล.. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	4

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน ( CUR พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... น. อินท อนุเนศ ..... อายุ ..... 84 ปี

บ้านเลขที่ ..... 111 ..... หมู่ที่ ..... 2 ..... ตำบล ..... นนทบุรี ..... อำเภอพล ..... จังหวัดขอนแก่น .....

โรคประจำตัว.....

 .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หรือสระผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนที่ทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมานั่งจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง . ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ เชอเล็ก น้อยแก้ว อายุ 71 ปี

บ้านเลขที่ 81 หมู่ที่ 2 ตำบล หนองน้ำใส อำเภอพล...จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว เบาหวาน / ความดัน / ไขมัน .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น. <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้า-ออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input checked="" type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

12  
 (.....)  
 2

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... อายุ ..... ปี  
 บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น .....

โรคประจำตัว .....  .. มีผู้ดูแล  .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	0
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นาง นอ 11166 พ.ศ. อายุ 83 ปี  
 บ้านเลขที่ 28 หมู่ที่ 2 ตำบล หนองบัวโคก อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น..  
 โรคประจำตัว ตาบอด  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างช้าๆจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	0
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	2
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	2

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ) Δ  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางทองนุช งาม อายุ 84 ปี  
 บ้านเลขที่ 66 หมู่ที่ 11 ตำบล หนองบัวลำภู อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น  
 โรคประจำตัว ตามตัว  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาจนถึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือนบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input checked="" type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... อายุ.....ปี

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

โรคประจำตัว..... .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนที่ทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	1
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้. <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	2
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน ( CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นางจันทร์ นิล ..... อายุ 81 ปี  
 บ้านเลขที่ 14 หมู่ที่ 11 ตำบล หนองไผ่แดง อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น..  
 โรคประจำตัว เบาหวาน / ความดันโลหิต .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	2
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)



## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นง อรทัย ล.ศ. อายุ 64 ปี

บ้านเลขที่ 102 หมู่ที่ 12 ตำบล นพพเวฬุวิไลย อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว ..... .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า ทรีมผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างหนักจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมายังจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	0
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นพ สมบูรณ์ วัฒนพงษ์ ..... อายุ ..... 58 ..... ปี

บ้านเลขที่ ..... 40 ..... หมู่ที่ ..... 9 ..... ตำบล ..... เมืองเวียงจันทน์ ..... อำเภอพล ..... จังหวัดขอนแก่น.....

โรคประจำตัว ..... หypertension / ความดัน .....  .. มีผู้ดูแล :  .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... 266 สี 10 รัตนวอน ..... อายุ ..... 70 ปี  
 บ้านเลขที่ ..... 13 หมู่ที่ ..... 2 ตำบล ..... อำเภอพล ..... จังหวัดขอนแก่น ..  
 โรคประจำตัว ..... ไม่มีผู้ดูแล  .. มีผู้ดูแล  .. ไม่มีผู้ดูแล

การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	1
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	2
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นาง ลือนท ทัพสงวีราช อายุ 77 ปีบ้านเลขที่ 141 หมู่ที่ 11 ตำบล หนองไขว้รังนก อำเภอพล...จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว.....

.. มีผู้ดูแล.. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input checked="" type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	3
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

10

แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ... นพพาท กอบ ... อายุ ... 75 ... ปี
บ้านเลขที่ ... 76 ... หมู่ที่ ... 4 ... ตำบล ... อำเภอ ... จังหวัดขอนแก่น..
โรคประจำตัว ... ไม่นาน ... .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

การประเมินคัดกรอง ADL

Table with 2 columns: 'ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน' and 'คะแนนที่ได้'. Rows include: 1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) - 1; 2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) - 0; 3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) - 1; 4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) - 0; 5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (.Mobility) - 0; 6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) - 0; 7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) - 0; 8. การอาบน้ำ (Bathing) - 0; 9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) - 1; 10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) - 1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)
(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)
(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน ( CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นาย โสภณ ..... อายุ ๗๕ ปี

บ้านเลขที่ 19 หมู่ที่ ๕ ตำบล หนองไผ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว.....  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
<b>1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)</b> <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
<b>2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
<b>3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)</b> <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
<b>4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use)</b> <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
<b>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)</b> <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
<b>6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการตัดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	2
<b>7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
<b>8. การอาบน้ำ (Bathing)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
<b>9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels )</b> <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
<b>10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder )</b> <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นายทอง โคทาษา อายุ 91 ปีบ้านเลขที่ 57 หมู่ที่ 4 ตำบล หนองน้ำทิพย์ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นโรคประจำตัว.....  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนที่ทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	2
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นาง น. น. ..... อายุ 84 ปีบ้านเลขที่ 27 หมู่ที่ 4 ตำบล หนองโพธิ์โพธิ์ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

โรคประจำตัว.....

 มีผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยถ้ายกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ตัวเอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	2
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	1
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)



## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน ( CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางฉันท เสือดอน อายุ 96 ปีบ้านเลขที่ A5 หมู่ที่ 4 ตำบล หนองแก อำเภอ พล จังหวัด ขอนแก่น

โรคประจำตัว.....

 มีผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนที่ช่วย 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นาง เวณ เภทัก อายุ 65 ปีบ้านเลขที่ 133 หมู่ที่ 12 ตำบล เวียงไค้ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น..โรคประจำตัว.....  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนที่ทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกร่างกายทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	0
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกร่างกายทำตาม หรือต้องให้คนสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั้นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน ( CUP พล 2559 )

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางนง ธรรมคุณ อายุ 79 ปีบ้านเลขที่ 1 หมู่ที่ 10 ตำบล หนองไผ่โงก อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นโรคประจำตัว.....  .. มีผู้ดูแล  .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้คนสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ตัวเอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางนันทนา พานิช อายุ 65 ปีบ้านเลขที่ 145 หมู่ที่ 12 ตำบล หนองโพธิ์ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว.....

 มีผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้คำแนะนำเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	1
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน ( CUPL พล 2559 )**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางสาว ภัทราพร อายุ 46 ปี  
 บ้านเลขที่ 190 หมู่ที่ 1 ตำบล หนองหวาย อำเภอ พล จังหวัด ขอนแก่น  
 โรคประจำตัว ก้มไม่ได้  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	0
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือนิดน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง : ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP-พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางท มาทาหอ อายุ ๗๕ ปี

บ้านเลขที่ 113 หมู่ที่ 13 ตำบล หนองโพธิ์ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว.....  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
<b>1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)</b> <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
<b>2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
<b>3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)</b> <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
<b>4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use)</b> <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
<b>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)</b> <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้คนสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
<b>6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
<b>7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
<b>8. การอาบน้ำ (Bathing)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
<b>9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)</b> <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
<b>10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)</b> <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน ( CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ...นางปราณี เกตุเมศ ... อายุ 49 ปี

บ้านเลขที่ 1 หมู่ที่ 13 ตำบล หนองแก้ว อําเภอสว่างแดนดิน จังหวัดขอนแก่น

โรคประจำตัว ... ผู้พิการ ...  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนบ้วนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้. <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	1
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางกมลแก้ว พิมพ์วิทย์ อายุ 66 ปีบ้านเลขที่ 191 หมู่ที่ 1 ตำบล หนองไผ่ อำเภอ พล จังหวัด ขอนแก่น

โรคประจำตัว .....

 มีผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)



**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางคุณาวรรณ ประทุม อายุ ๘๒ ปี

บ้านเลขที่ ๙๙ หมู่ที่ ๑ ตำบล หนองโพธิ์ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว.....

มีผู้ดูแล

ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
<b>1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)</b> <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
<b>2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
<b>3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)</b> <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนกั้นเชิงแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
<b>4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use)</b> <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ใช้นั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
<b>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)</b> <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
<b>6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
<b>7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
<b>8. การอาบน้ำ (Bathing)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
<b>9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)</b> <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
<b>10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)</b> <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (... ..) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้รับ และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางสมถวิล วัฒนวิเศษ ..... อายุ 44 ปีบ้านเลขที่ 160 หมู่ที่ 1 ตำบล หนองแก่อำเภอ อำเภอพล.....จังหวัดขอนแก่น..โรคประจำตัว.....  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนที่ไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	1
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ หม่อมคุณแก้ว เรืองแก้ว ..... อายุ 77 ปีบ้านเลขที่ 160 หมู่ที่ 1 ตำบล หนองแก้ว อำเภอ พล จังหวัด ขอนแก่น ..

โรคประจำตัว .....

 มีผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากริจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือฮีทักกะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นพ. วิชา ..... อายุ 90 ปี

บ้านเลขที่ 61 หมู่ที่ 1 ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

โรคประจำตัว .....

 มีผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า หรือม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นามพงษ์ ลาดเครือ รังษณา อายุ 58 ปี

บ้านเลขที่ 12 หมู่ที่ 10 ตำบล นนทบุรี อำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดขอนแก่น

โรคประจำตัว .....  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถถืออาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	0
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นางแก้ว ..... อายุ ..... 83 ..... ปี  
 บ้านเลขที่ ..... 92 ..... หมู่ที่ ..... 10 ..... ตำบล ..... หนองไทรงาม ..... อำเภอพล ..... จังหวัดขอนแก่น ..  
 โรคประจำตัว ..... ภาวะหัวใจล้มเหลว .....  .. มีผู้ดูแล  .. ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถถืออาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

8

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน ( CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นางทองลา ..... อายุ 68 ปี  
 บ้านเลขที่ 86 หมู่ที่ 1 ตำบล หนองบัว อำเภอ พล จังหวัด ขอนแก่น  
 โรคประจำตัว เบาหวาน / ความดัน  .. มีผู้ดูแล  .. ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างหนักจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้กำลังใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นาง กอง ๒๓๗ พินุลย์ ..... อายุ ๘๑ ปี

บ้านเลขที่ ๐๖ หมู่ที่ ๑๐ ตำบล ท้องไร่ อําเภอฟล...จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว..... .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
<b>1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)</b> <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนบ้วนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
<b>2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
<b>3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)</b> <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
<b>4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
<b>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ตัวเอง	0
<b>6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
<b>7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)</b> <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	1
<b>8. การอาบน้ำ (Bathing)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
<b>9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	0
<b>10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	0

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)



## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นาง ปิ่น ..... พ.ศ. ๘๙ ..... อายุ ๘๙ ปี  
 บ้านเลขที่ ๑๕ หมู่ที่ ๑๐ ตำบล ชะแวงบ้านโสกพญา อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น..  
 โรคประจำตัว .....  .. มีผู้ดูแล  .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input checked="" type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	3
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input checked="" type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	2
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input checked="" type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ตัวเอง	3
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	2
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	2
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นาง กว้าง ..... สันหลัง ..... อายุ ..... 86 ..... ปี  
 บ้านเลขที่ ..... 67 ..... หมู่ที่ ..... 6 ..... ตำบล ..... แดงแก้ว ..... อำเภอพล ..... จังหวัดขอนแก่น .....

โรคประจำตัว..... .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	2
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	2

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นาง น. ล้า ..... อายุ ..... ๖๒ ..... ปี

บ้านเลขที่ ..... ๑๑ ..... หมู่ที่ ..... ๖ ..... ตำบล ..... (๓๐๐) ..... อำเภอ ..... จังหวัดขอนแก่น .....

โรคประจำตัว.....

.. มีผู้ดูแล.. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... อายุ.....ปี

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว.....

.. มีผู้ดูแล.. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้คนสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นามทอง วงศ์ ..... อายุ 61 ปี  
 บ้านเลขที่ 6 หมู่ที่ 2 ตำบล นอนนวลโคกสูง อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น  
 โรคประจำตัว .....  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถถืออาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	2
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input checked="" type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล. 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นาย เกน ..... พล.มาต ..... อายุ ..... 61 ..... ปี  
 บ้านเลขที่ ..... 8 ..... หมู่ที่ ..... 6 ..... ตำบล ..... อำเภอพล ..... จังหวัดขอนแก่น ..  
 โรคประจำตัว ..... .....  มีผู้ดูแล  ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถถืออาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างช้าๆจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกรูปแบบหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input checked="" type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกรูปแบบหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels.) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	2
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นงนภ ..... นวลใจ ..... อายุ 76 ปี  
 บ้านเลขที่ 61 หมู่ที่ 1 ตำบล โนนน้อยสีทอง อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น  
 โรคประจำตัว เบาหวาน / ความดัน  .. มีผู้ดูแล  .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถถืออาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนบ้วนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นางเพ็ญศรี เจริญใจ ..... อายุ 88 ปี  
 บ้านเลขที่ 36 หมู่ที่ 6 ตำบล โนนบัวใหญ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น  
 โรคประจำตัว..... .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมามีจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)



## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นาง ล้วน ..... กว. ๑๖๐๐ ..... อายุ ๘๒ ปี

บ้านเลขที่ ๔๕ หมู่ที่ ๕ ตำบล ..... อำเภอพล ..... จังหวัดขอนแก่น .....

โรคประจำตัว.....  .. มีผู้ดูแล  .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถถืออาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างช้าๆจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	1
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... <sup>นาง นวลจันทร์</sup> <sup>นางา เจียง</sup> ..... อายุ <sup>77</sup> ปี  
 บ้านเลขที่ <sup>66</sup> หมู่ที่ <sup>10</sup> ตำบล <sup>หนองไผ่</sup> อำเภอพล...จังหวัดขอนแก่น...  
 โรคประจำตัว <sup>เบาหวาน / ความดัน</sup> .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถถืออาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนบ้วนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	0
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจแลเพื่อความปลอดภัย <input checked="" type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	3
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input checked="" type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) , <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input checked="" type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	2
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels ) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	2
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder ) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input checked="" type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	2

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

(.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

(.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

รวม 10  
 มีค่าเฉลี่ย 10

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... อายุ 92 ปี

บ้านเลขที่ 50 หมู่ที่ 1 ตำบล นอนแก้วโคกโพธิ์ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น..

โรคประจำตัว.....

.. มีผู้ดูแล.. ไม่มีผู้ดูแล

## การประเมินคัดกรอง ADL

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	0
4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	0
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input checked="" type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	0

สรุป (...): กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

..... : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

..... : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)

**แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ระดับชุมชน (CUP พล 2559)**

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ..... นามทอง ..... อายุ 81 ปี

บ้านเลขที่ 15 หมู่ที่ 1 ตำบล น้อยเว้า โลกพนา อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ..

โรคประจำตัว..... .. มีผู้ดูแล .. ไม่มีผู้ดูแล

**การประเมินคัดกรอง ADL**

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนนที่ได้
<b>1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0
<b>2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0
<b>3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)</b> <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนที่ทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1
<b>4. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0
<b>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0
<b>6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)</b> <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0
<b>7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน)	0
<b>8. การอาบน้ำ (Bathing)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	0
<b>9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)</b> <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1
<b>10. การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)</b> <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	1

สรุป (.....) : กลุ่มติดเตียง = 0 - 4 คะแนน (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)  
 (.....) : กลุ่มติดบ้าน = 5 - 11 คะแนน (ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)  
 (.....) : กลุ่มติดสังคม = 12 คะแนนขึ้นไป (ช่วยตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้)