

臺東縣 AD-8 極早期失智症篩檢量表 110.04.30 修訂

個案姓名：_____ 身份證字號：_____

性別：☐男 ☐女 年齡：_____

教育程度：☐不識字☐受日本教育 ☐小學 ☐國中 ☐高中以上

居住地址：_____

照顧者或聯絡人姓名：_____ 電話：_____

受訪日期：_____年 _____月 _____日

題目	是，有改變	否，無改變	不知道
1. 判斷力上的困難：例如落入圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。			
2. 對活動和嗜好的興趣降低。			
3. 重複相同問題、故事和陳述。			
4. 在學習如何使用工具、設備和小器具上有困難。例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐(器)、微波爐、遙控器。			
5. 忘記正確的月份和年份。			
6. 處理複雜的財務上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。			
7. 記住約會的時間有困難。			
8. 有持續的思考和記憶方面的問題。			
當有 2 題以上為“是，有改變”時，建議您可至醫院神經內科或身心科接受進一步檢查和治療。			
出處：1. 楊淵韓、劉景寬，NEUROLOGY，2005;65:559-564 2. 台灣失智症協會網站			

- ★ 1. 在計分時是以“是，有改變”當作計分的依準，若您以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的「改變」，請勾選“是，有改變”；若無，請勾“不是，沒有改變”；若不確定，請勾“不知道”。
2. “是，有改變”代表您認為過去幾年中因為認知功能(思考和記憶)問題而導致改變，若因為重大傷病或事故而導致的改變則不算。
3. 請依照自己或家人過去與現在改變狀況(可與約半年前做比較)來回答，而不是以目前的平常表現來回應。
- ★ ☐同意轉介臺東縣疑似失智症鑑別診斷試辦計畫
(請另填寫臺東縣疑似失智症個案鑑別診斷及服務紀錄表)
- ★ 量表完成後請回傳 長照中心 (傳真:333112)

施測者_____

督導核章_____