

AD8 早期失智症篩檢量表

受訪者聯

填表說明：若你以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的改變，請填「是，有改變」。若無，請填「不是，沒有改變」；若不確定，請填「不知道」。	是， 有改變	不是， 沒有改變	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. 重複相同的問題、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。			
AD8 總得分		請填入回答 「是，有改變」數量	

※合法授權複印. 楊淵韓.2009 世界阿茲海默失智症大會; Yang YH et al. America Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementia. 2011; 26:134-8。八項鑑別老化與失智受試者訪談量表為美國密蘇里州聖路易華盛頓大學版權所有。Copyright©2005 All rights reserved。

全球已邁入高齡化社會，在老年人口增加的同時，失智症的人口也快速上升。失智症最重要的是早期查覺和治療，早期失智症症狀，若非特別留意，很容易被誤認為一般老化，而延誤就醫。『AD8 早期失智症篩檢量表』在篩檢早期失智症或者有著甚高的信效度和鑑別力，且在全球及亞洲廣為接受。

透過此量表，比較受試者，目前和過去的時間日子比較起來，是否已發生了題目中的”改變”？『AD8 早期失智症篩檢量表』是一個篩檢量表，無法全面取代臨床診斷。若 AD8 早期失智症篩檢量表之總得分大於或等於 2 分，這時候建議您由專業醫師進行進一步的檢查和診斷。若醫師檢查結果正常，請您身體力行「預防失智症」之健康生活；若結果為失智症，及早發現，及早治療，可延緩退化的速度，維持最佳的生活。

若有任何問題請與我們連絡：

財團法人佛光山慈悲社會福利基金會護智中心
地址：高雄市前金區七賢二路 426 號 8 樓之 2 號
電話：(07) 2911237 傳真：(07) 2618057
網址：www.compassion.org.tw

AD8 早期失智症篩檢量表

基金會保留聯

填表說明：若你以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的改變，請填「是，有改變」。若無，請填「不是，沒有改變」；若不確定，請填「不知道」。	是，有改變	不是，沒有改變	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. 重複相同的問題、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。			
AD8 總得分		請填入回答 「是，有改變」數量	

※合法授權複印。楊淵韓.2009 世界阿茲海默失智症大會; Yang YH et al. America Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementia. 2011; 26:134-8。八項鑑別老化與失智受試者訪談量表為美國密蘇里州聖路易華盛頓大學版權所有。Copyright©2005 All rights reserved。

義工填寫欄	
填表人：	填表日期： 年 月 日
受訪者來源： <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 社區 <input type="checkbox"/> 活動 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	
受訪者年齡：_____ 受訪者性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
提供服務： <input type="checkbox"/> 建議就醫 <input type="checkbox"/> 提供單張/手冊 <input type="checkbox"/> 轉介 0800 專線 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
受訪者回應： <input type="checkbox"/> 願意就醫 <input type="checkbox"/> 不願意就醫 <input type="checkbox"/> 願意攜帶本量表就醫 <input type="checkbox"/> 願意索取單張/DM/0800 名片	

回傳方式：

1. 寄件：高雄市前金區七賢二路 426 號 8 樓之 2
2. 聯絡電話：(07) 2911237
3. 傳真：(07) 2618057