

# 臺中市政府衛生局-潛在失智症個案篩檢同意書

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：☐男 ☐女 生日：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
身分證字號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
現居地址：\_\_\_\_\_縣(市)\_\_\_\_\_鄉鎮市區\_\_\_\_\_村里\_\_\_\_\_

倘篩檢結果 $\geq 2$ 分，本人 ☐同意 ☐不同意由本市失智共照中心依據《個人資料保護法》相關規定，後續進行聯絡及提供相關服務。

長者同意請簽名或蓋章(手印)：\_\_\_\_\_

## AD8 極早期失智症篩檢量表

填表說明：

若您/您的家屬以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的改變，請填「有改變」；若無，請填「無改變」；若不確定，請填「不知道」。

題 目	有改變 (1 分)	無改變 (0 分)	不知道 (不適用)
1. 判斷力上的困難。 例如：落入圈套或騙局、財物上不好的決定、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. 學習如何使用工具、設備和小器具上有困難。 例如：電視、音響、遙控器、冷氣機、洗衣機、熱水器、微波爐等。			
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、繳費單、所得稅等。			
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

Yang YH, et al. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 2011; 26: 134-138。

八項鑑定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，合法授權複印。

☆當分數大於2分以上時，由臺中市政府衛生局協助轉介至本市失智共同照護中心，倘有篩檢相關問題，請洽衛生局長期照護科黃小姐(電話:04-22289111#71098)