**AD-8 極早期失智症篩檢量表及轉介單**

**個案管理師姓名： 個案姓名：**

**說明 ：若得分≥2，需接受專科醫師進一步評估。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **項目** | **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、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。 |  |  |  |
| 1. 對活動和嗜好的興趣降低。 |  |  |  |
| 1. 重複相同問題、故事和陳述。 |  |  |  |
| 1. 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。 |  |  |  |
| 1. 忘記正確的月份和年份。 |  |  |  |
| 1. 處理複雜的財物上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。 |  |  |  |
| 1. 記住約會的時間有困難。 |  |  |  |
| 1. 有持續的思考和記憶方面的問題 |  |  |  |
| AD8總得分 |  |  |  |

**是否同意接受轉介至共照中心進一步評估：□ 是，簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_； □否**

**出處：楊淵韓、劉景寬，NEUROLOGY，2005;65:559-564**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轉介單位： | |  | | 轉介日期： | | | | | 年 月 日 | |
| 基  本  資  料 | 姓 名 |  | 出生 | 民國 年 月 日 歲 | | | | | 性別 | □男□女 |
| 緊急聯絡人 |  | 電話 |  | 關係 | |  | | 健保 | □有 □無 |
| 身 份 別 | □1一般□2低收入戶□3中低收入戶□4身障手冊□5其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 戶籍地址 |  | | | | | | | | |
| 現 住 址 |  | | | | 身分證字號 | |  | | |

個案處理回覆：

結果: □轉介提供服務項目: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□無法提供服務原因: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

執行者： 日期：

備註：填寫完畢請將此表回傳原臺中市政府衛生局備查。