

認知障礙症症狀和變化檢查清單

以下列出一些常見的變化，可能與認知障礙症有關。認知障礙症有多種類型，症狀因人而異。此檢查清單並非用作診斷認知障礙症或任何其他健康問題。導致這些變化的原因可能有很多，不一定與認知障礙症有關。

如果您對自己的情況有所擔心，請攜帶這份檢查清單，與您的家人、家庭醫生、護士或其他醫護人員討論

認知障礙症，又稱“失智症”，是“癡呆症”的一種科學名稱。

如果比
兩年
前更
差，
請勾
選

如果影
響您
的日
常生
活，
請勾
選

思維及記憶上的變化：

經常忘記最近發生的事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
學習新事物變得困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
話到嘴邊卻想不起來，或難以跟上別人的對話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在第二語言（如英語）交流時，難以找到合適的詞語或理解對話內容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
總是難以作決定，或者做出草率或危險的決定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
經常忘記時間、日期或約會	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
重複問相同的問題，或一再重複相同的話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
經常把東西放錯地方，找不到物件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

日常生活上的變化：

處理日常事務變得困難，例如煮飯、交水電費、做家務、計劃行程或購物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
難以記住或遵循宗教或傳統習俗，例如誦經、祈禱、上香、參與法會、聽彌撒或返教會	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠習慣改變，例如難以入睡或日間特別嗜睡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在熟悉的地方迷路，甚至在家附近徘徊不知所措	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行動變得困難，例如步履蹣跚、感到手腳僵硬或動作變慢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

情緒及行為上的變化：

經常感到情緒低落、傷心或絕望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
變得焦慮、緊張或容易發脾氣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對以往喜愛的活動或社交聚會失去興趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行為舉止與以往不同，例如突然變得冷漠、固執或容易受驚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
經常坐立不安，在屋內來回踱步或無目的地走動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

其他擔憂：

您的聽力還可以嗎？ 是 / 否 您有使用助聽器嗎？ 是 / 否

您的視力還可以嗎？ 是 / 否 您有使用眼鏡嗎？ 是 / 否

如果您有其他擔憂，請寫在這裡：

日期：



訪問：www.facingdementiatogether.au/ch
致電全國認知障礙症熱線 1800 100 500



Checklist for dementia symptoms and changes

Listed below are some of the common changes that may be associated with dementia. There are many different types of dementia and symptoms can vary. **This checklist is not intended to diagnose dementia or any other health condition. There may be other reasons for these changes.**

If you have any concerns, use this checklist to help you to have a conversation with your GP, nurse or health professional as well as your family.

	<i>Tick if worse than 2 years ago</i>	<i>Tick if affects daily life</i>
Changes in thinking and memory:		
Forgetting recent events	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Having trouble learning new things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struggling to find the right words or follow conversations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struggling to find the right words or follow conversations in second language (i.e. English)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Having a hard time making choices, or making careless or risky choices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Losing track of time and dates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asking the same question a lot, or saying the same things over and over	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putting things in unusual places	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changes in daily activities:		
Finding it hard to do day-to-day jobs like cooking, paying bills, planning, shopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulty remembering or following religious practices or attending church/ temple activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changed sleep patterns such as disturbed sleep or sleeping more during the day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getting lost in familiar places	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harder to walk and move, for example, shuffling, feeling stiff or being slow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changes in mood and behaviour:		
Feeling unusually sad or hopeless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feeling unusually worried, nervous or uneasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Not being interested in previously enjoyable hobbies or social events	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behaving inappropriately or differently to usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feeling restless and walking around a lot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Other concerns:

Can you hear well? Yes / No Do you use hearing aids? Yes / No
 Can you see well? Yes / No Do you wear glasses? Yes / No

Date:

Write any other concerns here:



**Call the National Dementia Helpline
1800 100 500**

