

## 戒菸治療個案紀錄表

機構名稱		機構代號								療程初診日期： 年 月 日		
戒菸者基本資料	姓名	身分證字號								電話： ( )		
	出生日期	民國 年 月 日					性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	手機：		
	地址	市 鄉鎮 村 路		縣 市區 里 街		段 巷 弄 號 樓之						
	個案來源	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 社區(職場、校園)						特殊身分	<input type="checkbox"/> 孕婦(懷孕 周) <input type="checkbox"/> 原住民			
初診資料	吸菸狀況	已經吸__年__月，請問您是否有吸電子煙嗎？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是										
	尼古丁成癮度 分 (總計)	1. 起床後多久抽第一支菸？ <input type="checkbox"/> 5分鐘以內 (3分) <input type="checkbox"/> 5-30分鐘 (2分) <input type="checkbox"/> 31-60分鐘以內 (1分) <input type="checkbox"/> 60分鐘以上 (0分)										
		2. 在禁菸區不能吸菸會讓你難以忍受嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分)										
		3. 那根菸是你最難放棄的？ <input type="checkbox"/> 早上第一支菸 (1分) <input type="checkbox"/> 其他 (0分)										
		4. 您一天最多抽幾支菸？ <input type="checkbox"/> 31支以上 (3分) <input type="checkbox"/> 21-30支 (2分) <input type="checkbox"/> 11-20支以上 (1分) <input type="checkbox"/> 10支或更少 (0分)										
		5. 起床後幾小時內是你一天中抽最多支菸的時候嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分)										
		6. 當您嚴重生病，幾乎整天臥病在床時還抽菸嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分)										
<input type="checkbox"/> 確實告知接受戒菸治療之權利義務	<p>本人目前尼古丁成癮度達4分以上或平均1天吸10支菸以上，接受貴合約醫事機構提供之戒菸治療，同意比照現行健保藥品部分負擔額度，繳交戒菸藥品部分負擔。每年最多接受2次療程，每次療程限8週次、限於同一合約醫事機構90天內完成；若於貴合約醫事機構戒菸治療期間，又另赴其他合約醫事機構進行戒菸治療，則視同放棄本次未完成之第1療程，進入第2療程。如有不符，本人將依貴合約醫事機構、國民健康署或其指定機構通知，主動繳回溢領之補助藥品費，或接受相關責任追訴；另，同意接受貴合約醫事機構、國民健康署或其委託機構，戒菸相關健保及醫療利用分析等調查或電話諮詢。</p> <p>個案同意以上聲明，並自願接受戒菸治療 簽署_____</p>											
合約醫事機構不得自立名目向戒菸者收取費用，亦不得囑戒菸者自費或自購藥劑、治療材料或自費檢查。												
戒菸開始或預定日期是哪一天？ 年 月 日 (剛戒菸者請填已開始日期；未戒菸者請填預定開始日期)												

**治 療 狀 況**

**不得請個案一次簽多次名**

就診 序次 1	日期 (年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	處方品名、總量及週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
就診 序次 2	日期 (年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	處方品名、總量及週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
就診 序次 3	日期 (年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	處方品名、總量及週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
就診 序次 4	日期 (年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	處方品名、總量及週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
就診 序次 5	日期 (年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	處方品名、總量及週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
就診 序次 6	日期 (年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	處方品名、總量及週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
就診 序次 7	日期 (年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	處方品名、總量及週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
就診 序次 8	日期 (年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*	處方品名、總量及週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名

\* A 焦慮 B 躁動不安 C 注意力不集中 D 心跳變慢 E 食慾增加 F 睡眠障礙 G 頭暈、頭痛  
 H 疲倦 I 噁心 J 嘔吐 K 腸胃不適 L 皮膚發癢 M 皮膚紅疹 N 其他(請註明) O 無  
 備註：如有任何其他資訊，例如 CO 檢測值、體重、個案狀況等，可填入「治療說明」

本計畫經費來自菸品健康福利捐

除同意聲明簽署外，不得請個案一次簽多次名