

衛生福利部國民健康署「醫療院所戒菸服務補助計畫」個案紀錄表

附錄六

醫事機構名稱	
醫事機構代號	

病歷號碼：\_\_\_\_\_

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												( )					
	地址	市	鄉鎮	村	路	縣	市區	里	街	段	巷	弄	號	樓之											

初診資料	吸菸狀況	已經吸__年__月																		
	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	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。																			
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。																				
今年參加第幾個療程？(由系統自動判斷第1個或第2個療程)																				

治療狀況										
就診序次	日期(年月日)	體重(kg)	個案來源(請勾選)	目前吸菸狀況(支/天)	CO檢測值(ppm)	副作用或戒斷症狀(請點選代號)*	處方品名、總量	週數(請勾選)	醫事人員姓名或代號	個案簽名
1			<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
2			<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
3			<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
4			<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
5			<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
6			<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
7			<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
8			<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		

\* 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：CO 檢測值可選擇性填入(此欄位僅為提供合約醫事機構如有檢測個案呼氣一氧化碳者所填寫)

本計畫經費來自菸品健康福利捐