

衛生福利部國民健康署「醫療院所戒菸服務補助計畫」  
戒菸衛教暨個案管理紀錄表 總表

機構名稱：_____		機構代號：_____		初次填報日期：__年__月__日	
個案基本資料					
姓名：_____		身分證字號：_____		個案來源（本次個案利用服務類別） <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 社區藥局	
出生日期：__年__月__日		年齡：_____		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住址：□□□		婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 其他		懷孕： <input type="checkbox"/> 是(懷孕__周) <input type="checkbox"/> 否	
身高：_____公分		體重：_____公斤		教育程度： <input type="checkbox"/> 小學(含)以下 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所(含)以上	
血壓：_____mmHg		電話：( ) _____		手機：_____	
E-mail: _____		目前是否有喝酒？【包括各種酒類、保力達B、威士比、藥酒】： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 每天喝 <input type="checkbox"/> 2-3天喝一次 <input type="checkbox"/> 每週1次 <input type="checkbox"/> 每月1-2次 <input type="checkbox"/> 每月不到1次)			
目前是否有嚼食檳榔： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		吸菸狀況：已經吸菸__年__月			
尼古丁成癮度 總計_____分	(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)在禁菸場所不能吸菸會讓你難忍受嗎？			<input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)	
	(3)哪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)起床後幾小時內是您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)當您嚴重生病時，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)	
過去戒菸經驗					
1. 過去一年內，有幾次戒菸超過24小時？ <input type="checkbox"/> 沒有(跳過此題組，回答下一題組) <input type="checkbox"/> 有，_____次					
2. 戒菸的原因？ <input type="checkbox"/> 為了健康 <input type="checkbox"/> 為了經濟 <input type="checkbox"/> 為了家庭 <input type="checkbox"/> 其他_____					
3. 戒菸的方法？ <input type="checkbox"/> 門診戒菸 <input type="checkbox"/> 戒菸班 <input type="checkbox"/> 戒菸專線 <input type="checkbox"/> 戒菸競賽 <input type="checkbox"/> 靠自己意志力 <input type="checkbox"/> 其他_____					
4. 戒菸維持期？ <input type="checkbox"/> 未滿1個月 <input type="checkbox"/> 1個月以上未滿3個月 <input type="checkbox"/> 3個月以上未滿6個月 <input type="checkbox"/> 6個月以上未滿1年 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 其他_____					
5. 遭遇的困難？ <input type="checkbox"/> 戒斷症狀 <input type="checkbox"/> 害怕失敗 <input type="checkbox"/> 體重增加 <input type="checkbox"/> 缺乏支持 <input type="checkbox"/> 情緒低落、憂鬱 <input type="checkbox"/> 很享受吸菸的感覺 <input type="checkbox"/> 周圍有吸菸者 <input type="checkbox"/> 不清楚有哪些戒菸服務可以選擇 <input type="checkbox"/> 其他_____					

目前是否合併下列疾病？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（跳過此題，回答下一題）							
<input type="checkbox"/> 惡性腫瘤	<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 腎病					
<input type="checkbox"/> 腦血管疾病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臟疾病					
<input type="checkbox"/> 肺部疾病	<input type="checkbox"/> 肝病	<input type="checkbox"/> 其他_____					
目前是否服用戒菸藥品？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（跳過此題，回答下一題）							
藥品名稱		用量		起始日期		停止日期	
尼古丁替代療法： <input type="checkbox"/> 咀嚼錠 <input type="checkbox"/> 口含錠 <input type="checkbox"/> 貼片 <input type="checkbox"/> 吸入劑 非尼古丁藥物： <input type="checkbox"/> Bupropion <input type="checkbox"/> Varenicline 其他：							
諮商紀錄表							
	日期 (年月日)	戒菸衛教 人員	體重 (kg)	吸菸狀況 (支/天)	CO 值 (ppm)	戒斷症狀 代碼	目前戒菸藥品 (品名/用量)
第 1 次							
第 2 次							
第 3 次							
第 4 次							
第 5 次							
第 6 次							
第 7 次							
第 8 次							
A 焦慮、B 躁動不安(心煩)、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、 P 易怒 備註：CO 值可選擇性填入(此欄位僅為提供院所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

**※ 戒菸衛教及就診間隔天數規則：**

- 1、訪談序號 1-5，限制於初診後 30 天內完成；
- 2、訪談序號 6-8，限制於初診後第 31-90 天內完成。
- 3、注意同一日只能填報一次。
- 4、醫師或牙醫師兼具戒菸治療及戒菸衛教資格者，不得於同一日同時執行戒菸治療與戒菸衛教服務，並不得同時申報戒菸治療服務費與戒菸衛教暨個案管理費。

衛生福利部國民健康署「醫療院所戒菸服務補助計畫」

戒菸衛教暨個案管理紀錄表(第1次)(必填)

本次戒菸的理由	
1. 環境因素：	<input type="checkbox"/> 菸價提高 <input type="checkbox"/> 菸盒上的警示圖片 <input type="checkbox"/> 禁止吸菸場所變多、取締變嚴格 <input type="checkbox"/> 二手菸惹人厭
2. 健康因素：	<input type="checkbox"/> 自身健康 <input type="checkbox"/> 配偶健康 <input type="checkbox"/> 小孩健康 <input type="checkbox"/> 懷孕或準備懷孕
3. 他人因素：	<input type="checkbox"/> 親人勸戒 <input type="checkbox"/> 朋友勸戒 <input type="checkbox"/> 同事勸戒 <input type="checkbox"/> 醫護人員勸戒
4. 經濟因素：	<input type="checkbox"/> 沒錢 <input type="checkbox"/> 被裁員 <input type="checkbox"/> 無薪假
5. 其他因素：	_____
想想你最想要吸菸是什麼時候	
外在因素—會讓人想到吸菸	
<input type="checkbox"/> 身邊有人吸菸 <input type="checkbox"/> 聞到菸味 <input type="checkbox"/> 有人請菸 <input type="checkbox"/> 看到菸灰缸或打火機 <input type="checkbox"/> 看到賣菸的商店	
<input type="checkbox"/> 起床 <input type="checkbox"/> 如廁 <input type="checkbox"/> 三餐飯後 <input type="checkbox"/> 工作休息 <input type="checkbox"/> 睡前 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 喝咖啡 <input type="checkbox"/> 嚼檳榔	
<input type="checkbox"/> 家裡 <input type="checkbox"/> 車上 <input type="checkbox"/> 上班地點 <input type="checkbox"/> 喜宴聚餐 <input type="checkbox"/> 進入禁菸區前 <input type="checkbox"/> 離開禁菸區後	
內在環境—心情起伏、焦慮緊張	
<input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 壓力 <input type="checkbox"/> 心情不好 <input type="checkbox"/> 需要專注 <input type="checkbox"/> 長時間工作 <input type="checkbox"/> 疲憊需要提神	
<input type="checkbox"/> 無聊 <input type="checkbox"/> 慶祝 <input type="checkbox"/> 緊張的等待，如看股票、打麻將、等公車	
其他_____	
戒菸計畫	
1. 設定戒菸日期(避免事情多、高壓力時期) 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)	
2. 爭取社會支持	
<input type="checkbox"/> 家人：在戒菸期間較沒耐心，請家人不要勉強	
<input type="checkbox"/> 朋友：請吸菸的朋友幫忙，不要在您面前吸菸	
<input type="checkbox"/> 同事：請同事協助督促您堅持下去	
3. 預期戒菸困難	
<input type="checkbox"/> 疲憊或睡不好 <input type="checkbox"/> 易感冒 <input type="checkbox"/> 腸胃不適 <input type="checkbox"/> 餓得快體重增加	
<input type="checkbox"/> 心情變煩 <input type="checkbox"/> 有挫敗感 <input type="checkbox"/> 易怒、沒耐心 <input type="checkbox"/> 做事難專心	
<input type="checkbox"/> 其他_____	
4. 移除與菸相關的東西	
<input type="checkbox"/> 將菸從環境中完全拿掉，如：辦公室、家裡、衣櫃、口袋、車子等	
<input type="checkbox"/> 移除引起吸菸念頭的一切，如：菸灰缸、打火機、菸品、避免和吸菸朋友的聚會及飲酒等	
戒菸意願評估結果	
戒菸意願高— <u>臨床戒菸服務指引(p15-18)</u>	
1. 提供戒菸的協助： <input type="checkbox"/> 強化戒菸意願 <input type="checkbox"/> 了解戒菸困難 <input type="checkbox"/> 傾聽戒菸歷程	
戒菸意願普通— <u>臨床戒菸服務指引(p24-27)</u>	
1. 增強動機的會談： <input type="checkbox"/> 表達同理心 <input type="checkbox"/> 找出落差 <input type="checkbox"/> 與抗拒纏鬥 <input type="checkbox"/> 強化自信	
2. 增強動機的諮商： <input type="checkbox"/> 關聯性 <input type="checkbox"/> 危險性 <input type="checkbox"/> 戒菸好處 <input type="checkbox"/> 戒菸障礙 <input type="checkbox"/> 反覆嘗試	
3. 提供戒菸的協助： <input type="checkbox"/> 強化戒菸意願 <input type="checkbox"/> 了解戒菸困難 <input type="checkbox"/> 傾聽戒菸歷程	
開始時間：      點      分	戒菸衛教人員簽章：
結束時間：      點      分	預約下次面訪時間：_____月_____日_____時
總訪談時間：      分鐘	個案簽章：

本計畫經費來自菸品健康福利捐

## 戒菸同意書

我已充分瞭解戒菸衛教服務內容，同意參加衛教服務，期間將接受衛教人員之戒菸衛教，並為我設立戒菸簡歷，內容包括基本資料、健康情形、目前用藥情況、菸癮評估等，幫助我確立戒菸的理由以及其他相關評估與追蹤，並同時作訪談紀錄。

每年最多接受2次衛教服務的療程，每次療程限8週次、限於同一合約醫事機構90天內完成；若於貴醫事機構期間，又另赴其他醫事機構進行衛教服務，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。

戒菸者填寫	我了解並自願參加此戒菸衛教服務。  參與戒菸個案簽名： _____  日期：中華民國_____年_____月_____日
戒菸衛教人員 填寫	我確認這份同意書是由有足夠判斷能力的戒菸者被充分告知後自願簽署的。 我將提供他戒菸衛教服務。  戒菸衛教人員簽名： _____  日期：中華民國_____年_____月_____日

本計畫經費來自菸品健康福利捐

衛生福利部國民健康署「醫療院所戒菸服務補助計畫」  
戒菸衛教暨個案管理紀錄表 第\_\_\_\_\_次（供第 2~8 次使用）

日期： 年 月 日

姓名：_____	
<b>吸菸狀況—想想看什麼時候您可能會想要吸菸</b>	
<p>外在因素—會讓人想到吸菸</p> <p><input type="checkbox"/> 身邊有人吸菸    <input type="checkbox"/> 聞到菸味    <input type="checkbox"/> 有人請菸    <input type="checkbox"/> 看到菸灰缸或打火機    <input type="checkbox"/> 看到賣菸的商店</p> <p><input type="checkbox"/> 起床    <input type="checkbox"/> 如廁    <input type="checkbox"/> 三餐飯後    <input type="checkbox"/> 工作休息    <input type="checkbox"/> 睡前    <input type="checkbox"/> 喝酒    <input type="checkbox"/> 喝咖啡    <input type="checkbox"/> 嚼檳榔</p> <p><input type="checkbox"/> 家裡    <input type="checkbox"/> 車上    <input type="checkbox"/> 上班地點    <input type="checkbox"/> 喜宴聚餐    <input type="checkbox"/> 進入禁菸區前    <input type="checkbox"/> 離開禁菸區後</p> <p>內在環境—心情起伏、焦慮緊張</p> <p><input type="checkbox"/> 焦慮    <input type="checkbox"/> 壓力    <input type="checkbox"/> 心情不好    <input type="checkbox"/> 需要專注    <input type="checkbox"/> 長時間工作    <input type="checkbox"/> 疲憊需要提神</p> <p><input type="checkbox"/> 無聊    <input type="checkbox"/> 慶祝    <input type="checkbox"/> 緊張的等待，如看股票、打麻將、等公車</p> <p>其他_____</p>	
<b>戒斷症狀</b>	
<p>1. 戒菸這段期間是不是有不舒服的感覺或下列症狀？</p> <p><input type="checkbox"/> A 焦慮    <input type="checkbox"/> B 躁動不安（心煩）    <input type="checkbox"/> C 注意力不集中    <input type="checkbox"/> D 心跳變慢    <input type="checkbox"/> E 食慾增加</p> <p><input type="checkbox"/> F 睡眠障礙    <input type="checkbox"/> G 頭暈、頭痛    <input type="checkbox"/> H 疲倦    <input type="checkbox"/> I 噁心    <input type="checkbox"/> J 嘔吐    <input type="checkbox"/> K 腸胃不適</p> <p><input type="checkbox"/> L 皮膚發癢    <input type="checkbox"/> M 皮膚紅疹    <input type="checkbox"/> O 無    <input type="checkbox"/> P 易怒</p> <p><input type="checkbox"/> N 其他（請註明）_____</p> <p>2. 面對您說的戒斷症狀，您如何處理？</p>	
<b>戒菸狀況評估結果</b>	
<p>剛戒菸者—<b>臨床戒菸服務指引(p28)</b></p> <p>1. 恭喜與鼓勵：</p> <p><input type="checkbox"/> 給予肯定</p> <p><input type="checkbox"/> 試著了解個案是否感覺到戒菸的好處</p> <p><input type="checkbox"/> 試著了解個案是否感覺戒菸過程的進步，如戒菸多久了、戒斷症狀的減輕等</p> <p><input type="checkbox"/> 試著了解個案遭遇或預期影響成功戒菸的威脅：沮喪、壓力、體重增加、周圍有吸菸者等</p> <p>2. 處理戒菸遇到的困難：<b>臨床戒菸服務指引(p29)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 戒斷症狀強烈而持續    <input type="checkbox"/> 負面情緒    <input type="checkbox"/> 體重增加    <input type="checkbox"/> 缺乏支持    <input type="checkbox"/> 有時又抽</p> <p>仍在吸菸者—<b>臨床戒菸服務指引(p15-18)</b></p> <p>1. 提供戒菸的協助：</p> <p><input type="checkbox"/> 強化戒菸意願    <input type="checkbox"/> 了解戒菸困難    <input type="checkbox"/> 傾聽戒菸歷程</p> <p>2. 處理戒菸遇到的困難：<b>臨床戒菸服務指引(p29)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 戒斷症狀強烈而持續    <input type="checkbox"/> 負面情緒    <input type="checkbox"/> 體重增加    <input type="checkbox"/> 缺乏支持    <input type="checkbox"/> 有時又抽</p>	
<p>開始時間： 點 分</p> <p>結束時間： 點 分</p> <p>總訪談時間： 分鐘</p>	<p>戒菸衛教人員簽章：_____</p> <p>預約下次面訪時間： 月 日 時</p> <p>個案簽章：_____</p>

本計畫經費來自菸品健康福利捐