

## 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							手機：請以手機為主					
	出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	電話：請填個人電話 ( )					
	居住或戶籍地址	市	鄉鎮	村	路	縣	市區	里		街	段	巷	弄	號
	個案來源	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 社區 <small>*請勾選或簡述</small> (職場、校園、_____)					特殊身分	<input type="checkbox"/> 孕婦(懷孕 周) <input type="checkbox"/> 原住民						
吸菸狀況	已經吸__年__月，最近每天 支(尼古丁 <sup>*非必填</sup> mg/支) 是否有吸電子煙？ <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. 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)													
初診資料	設定戒菸日期	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)	處方品名、 總量、週數 及相關說明						<input type="checkbox"/> 1週 <input type="checkbox"/> 2週 <input type="checkbox"/> 3週 <input type="checkbox"/> 4週					
	確實告知接受戒菸治療之權利義務	<p>1. 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。</p> <p>2. 另，本人同意貴合約醫事機構將本人戒菸服務相關病歷資訊提供國民健康署，由該署或其委託專業機構、團體進行戒菸相關訪查、電話調查及進行個案資料蒐集。</p> <p>本人同意以上聲明，自願接受戒菸治療，並同意個資蒐集利用 個案簽名_____</p> <p>醫事人員已告知前開說明 醫事人員簽名或核章_____</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。														
後續就診 治療狀況					不得請個案一次簽多次名									
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	週數	醫事人員							
	目前吸菸狀況(支/天)	治療說明				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	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	週數	醫事人員							
	目前吸菸狀況(支/天)	治療說明				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	個案簽名	每次治療僅簽1次名						

**治 療 狀 況**

**不得請個案一次簽多次名**

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	週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		<input type="checkbox"/> 1	個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
				<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
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	週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		<input type="checkbox"/> 1	個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
				<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
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	週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		<input type="checkbox"/> 1	個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
				<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
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	週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		<input type="checkbox"/> 1	個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
				<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
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	週數	醫 事 人 員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明		<input type="checkbox"/> 1	個 案 簽 名	每次治療僅簽 1 次名
				<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：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

**不得請個案一次簽多次名**