

## 戒菸衛教療程個案紀錄表

機構名稱：		機構代號：		初診日期(就診序次1)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	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 *請勾選或簡述(職場、校園、 )						特殊身分		<input type="checkbox"/> 孕婦(懷孕 週) <input type="checkbox"/> 原住民	
目前合併疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 其他										
吸菸狀況	已經吸____年____月，最近每天____支(尼古丁*非必填 mg/支) 是否使用電子煙？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是										
初診資料	尼古丁成癮度分(總計)	尼古丁成癮度分析項目									
		1. 起床後多久吸第一支菸？ <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. 您一天最多吸幾支菸？ <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吸最多支菸的時候嗎？ <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吸菸嗎？ <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)									
設定戒菸日期	<input type="checkbox"/> 已於____年____月____日開始減少菸量，但仍無法完全不吸菸。 <input type="checkbox"/> 已於____年____月____日開始完全不吸菸，但有不舒服的尼古丁戒斷症狀。 <input type="checkbox"/> 預定於____年____月____日開始完全不吸菸。					目前使用戒菸藥物		<input type="checkbox"/> 無 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 <input type="checkbox"/> 其他 非尼古丁藥物： <input type="checkbox"/> Varenicline <input type="checkbox"/> Bupropion			
初診戒菸衛教內容摘要	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)										
確實告知接受戒菸衛教之應注意事項	1. 本人有明確戒菸意願，同意接受服務人員一對一，面對面之戒菸衛教服務，並為我設立戒菸簡歷，幫助我確立戒菸的理由以及其他相關評估。 2. 每年最多接受2次衛教療程的補助，每次療程限8次衛教、限於同一機構90日內完成；若於機構戒菸衛教期間，又另赴其他機構進行衛教服務，則視同放棄本次未完成之第1療程，進入第2療程。 3. 本人同意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。  本人同意以上聲明，自願接受戒菸衛教，並同意個資蒐集利用 簽署_____。  醫事人員已告知前開說明 醫事人員簽名或核章_____。										

1. 本表為衛生福利部國民健康署「戒菸服務補助計畫」專用
2. 本計畫經費來自菸品健康福利捐

後續衛教狀況			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)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)	個案 簽名	月 日
就診 序次 3	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)	個案 簽名	月 日
就診 序次 4	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)	個案 簽名	月 日
就診 序次 5	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)	個案 簽名	月 日
就診 序次 6	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)	個案 簽名	月 日
就診 序次 7	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)	個案 簽名	月 日
就診 序次 8	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)	個案 簽名	月 日

備註\*：

- 副作用或戒斷症狀代號：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
- 衛教內容代號：
  - 提供戒菸協助：01 強化戒菸意願 02 了解戒菸困難 03 傾聽戒菸歷程；
  - 增強動機：11 表達同理心 12 強化自信 13 關聯性 14 危險性 15 戒菸好處 16 戒菸障礙
  - 剛戒菸者：21 給予肯定 22 了解個案是否感覺到戒菸的好處
  - 處理戒菸遇到的困難：31 戒斷症狀 32 負面情緒 33 體重增加 34 缺乏支持 35 有時又吸