

戒菸治療程個案紀錄表

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								
	出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	手機：請以手機為主	
	居住或戶籍地址	市	鄉鎮	村	路	段	巷	弄	號	樓之
		縣	市區	里	街					電話：請填個人電話 ()
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(職場、校園、_____)</small>				特殊身分	<input type="checkbox"/> 孕婦(懷孕 週) <input type="checkbox"/> 原住民				
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									
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)									
初診資料	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。				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
	*初診第1次用藥以2週為原則。									
	確實告知接受戒菸治療之應注意事項	<p>1. 本人有明確戒菸意願，接受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，並提供健保卡予機構確認身分。每年最多接受2次療程，每次療程限8週次、限於同一機構90天內完成；若於機構戒菸治療期間，又另赴其他機構進行戒菸治療，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，本人將依機構、國民健康署或其指定機構通知，繳回溢領之補助藥品費。</p> <p>2. 另，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 style="text-align: right;">醫事人員已告知前開說明 醫事人員簽名或核章_____</p>								
機構不得擅立名目向個案收費。										
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)*1				處方品名、總量		週數	醫事人員	
	目前吸菸狀況(支/天)	治療說明*2						<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		

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

後續就診治療狀況(續)

不得請個案一次簽多次名

就診 序次 3	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	個案簽名
就診 序次 4	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	個案簽名
就診 序次 5	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	個案簽名
就診 序次 6	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	個案簽名
就診 序次 7	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	個案簽名
就診 序次 8	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	個案簽名

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。
- 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」。