

## 結核病個案服藥紀錄(DOTS 日誌)

衛生局：

都治站：

病人姓名：	年齡：	性別：	身分證號：
住址：			
住家電話：		行動電話：	

服藥紀錄：

開始治療日期：    年    月    日

日 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

填表說明：親自看著病人服藥請以 V 表示；病人自己服藥請以△表示；病人未服藥請以×表示

病人特殊狀況記載

年    月    日	內容：	解決方式：	備註：	個管人員簽名：
年    月    日	內容：	解決方式：	備註：	個管人員簽名：
年    月    日	內容：	解決方式：	備註：	個管人員簽名：

關懷員簽名： \_\_\_\_\_

# LTBI 服藥紀錄(DOPT 日誌)

衛生局：

都治單位：

LTBI 個案姓名：	年齡：	性別：	身分證號：
住址：			
住家電話：		行動電話：	

服藥紀錄：

開始治療日期： 年 月 日

月份	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月																																
食不																																
肢麻																																
眼黃																																
膚疹																																
腹痛																																
其他																																
月																																
食不																																
肢麻																																
眼黃																																
膚疹																																
腹痛																																
其他																																
月																																
食不																																
肢麻																																
眼黃																																
膚疹																																
腹痛																																
其他																																

填表符號說明：

關懷員簽名：

1. 親自看著病患服藥請在當日  以 √ 表示
2. 病患自己服藥請在當日  以 △ 表示
3. 未服藥請在當日  以 × 表示
4. 副作用填寫注意事項：
  - 共有 5 大副作用
  - (1) 食不：食慾不振
  - (2) 肢麻：手腳麻木
  - (3) 眼黃：眼白變黃
  - (4) 膚疹：皮膚癢疹
  - (5) 腹痛：右上腹部疼痛

其填寫方式為：

- (1) 有副作用請在當日  以 √ 表示
- (2) 無副作用請在當日  以 — 表示