



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