附件 8-5

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