

遵循醫囑領藥與使用藥物量表

ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)

人們時常會錯過服藥時間，或是未依照醫囑服藥，因此藉由本問卷詢問實際上服用藥物的情形。答案沒有對或錯，針對每個問題，請依「從未如此」、「有時如此」、「經常如此」或「總是如此」作答。109.08.26 已建議對有時如此、經常如此、總是如此等量化，避免各藥師認知不一。

量表問題	從未 如此 1分	有時 如此 2分	經常 如此 3分	總是 如此 4分
1. 您有多常忘記服藥？				
2. 您有多常決定不要服藥？				
3. 您有多常忘記依照處方領藥？				
4. 您有多常會用完藥之後未再取藥？				
5. 在看醫生之前，您有多常會少服一劑藥？				
6. 當您覺得狀況好轉時，您有多常會錯過服藥時間？				
7. 當您感到身體不適時，您有多常會錯過服藥時間？				
8. 您有多常會因疏忽而錯過服藥時間？				
9. 您有多常會依照您的需求調整藥物劑量？(例如：增加或減少原本需服用的藥粒顆數)				
10. 當您應該一天服藥超過一次時，您有多常會忘記服藥？				
11. 您有多常會因藥物太過昂貴而延遲領藥？				
12. 您有多常會提前計畫好，在藥物全部服用完畢之前領藥？				

- 計分方式：第 12 題應以相反方式計算得分。將各題得分加總，總分可能介於 12 到 48 之間，總分越低表示遵醫囑性程度越佳(越遵循醫囑領藥和服藥)。總分可視為連續量數，或依二分法分為 12 分或 >12 分。
- 量表尺度建議：需在一特定期間內檢視(如一般箋可視過去一週、慢箋可檢視過去一個月或其他適合的評估區間)；「從未如此」在此期間內發生頻率可視為 0%，依此建議類推，「有時如此」為 1~50%、「經常如此」為 51%~99%、「總是如此」為 100%。

「用藥整合服務」病人目前用藥檔案 (留給諮詢對象或交給醫師溝通)

(病人收執聯)

姓名：_____ 生日：民國____年____月____日 性別：_____ 過敏藥品：

醫師處方藥品 有幾位醫師開列處方藥：_____ 每日用藥品項數：_____ 曾發生副作用藥品：

院所/醫師/科別/	藥品治療 用途	商品名 含量/劑型	學名	劑量	用法				備註或注意事項說明
					早	午	晚	睡	
/ / /									

非處方藥、保健食品或中、草藥 每日使用品項數：_____

使用動機	商品名 含量/劑型	學名	劑量/用法	藥師發現有何問題，建議改善方案
	/ /		/	

紀錄者：_____藥師，_____藥局 聯絡電話：_____ 日期：_____年____月____日

藥師對醫師用藥建議單

姓名：_____ 性別：男女 出生年月日： / / 電話：_____

醫師姓名：_____ 服務單位：_____ 科別：_____

_____醫療院所_____醫師，您好：

我是_____藥局藥師，本建議單是在調劑您開立的處方，或檢視病人雲端藥歷檔時，或執行藥事照護時，發現病人有疑似藥物治療問題，茲提供解決問題之方案供您參考，敬請回覆意見，共同為病人健康與用藥安全而努力，謝謝您！

病人概況，藥師如何發現問題：

疑似藥物治療問題之描述	藥師建議

參考資料來源：藥品仿單 其他：_____

藥師：_____ 電話：_____ 日期：_____年_____月_____日

藥師 e-mail：_____ 傳真：_____

醫師回覆內容：

回覆醫師：_____ 日期：_____年_____月_____日

本表單為中華民國藥師公會全國聯合會為承辦政府藥事照護相關計畫所設計
使用表單或計畫相關問題，聯絡窗口：
電話：02-2595-3856 #112 傳真：02-2599-1052

社區藥局轉介病人就診單

109/3/20 版

社區藥局填寫資料欄	病人基本資料	姓名	性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 齡： 歲
		身分證字號	聯 絡 人		關 係：
		聯絡電話	住 址		
		<input type="checkbox"/> 藥師發現病人可能有需要醫師診治的醫療問題。 <input type="checkbox"/> 病人個別需求：_____。 <input type="checkbox"/> 廢餘藥剩品項數大於 28 日（含）。 <input type="checkbox"/> 其他：_____。 病人概況，藥師如何發現問題： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 檢附目前用藥及過敏藥品記錄			
藥局基本資料	藥局名稱			藥師姓名	
	聯絡電話			傳 真	
	LINE			E-MAIL	
	藥局地址			轉介日期	
建議就診醫療院所		建議科別	醫師姓名	醫療院所地址	
就診醫療院所回覆欄(註)	處理情形				
	建議事項				
	院所名稱			聯絡電話	
	醫師姓名			科 別	
	醫師簽章			回覆日期	

註：煩請貴院所回覆個案就診情形予轉介藥局，以利藥師後續提供個案照護，感謝您的協助。

本表單為中華民國藥師公會全國聯合會為承辦政府藥事照護相關計畫所設計
 使用表單或計畫相關問題，聯絡窗口：
 電話：02-2595-3856 #112 傳真：02-2599-1052

醫療院所請社區藥師提供「藥事照護」之轉介單

109/3/20 版

個案原就診醫療院所填寫欄	個案基本資料	個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡		
		身分證字號		聯絡人		關係		
		聯絡電話		住址				
	轉介目的	1.病人有用藥認知或配合度需專業協助 1.1 <input type="checkbox"/> 請做配合度諮詢服務，以協助病人提升對藥品的認知或用藥配合度。 1.2 <input type="checkbox"/> 病人有閱讀困難、語言困難、昏暈、失憶等認知狀況，請協助或確認病人可正確用藥。 1.3 <input type="checkbox"/> 病人有不方便取藥、視力不好、聽力障礙等狀況，請協助或確認病人可正確用藥。 2.病人因跨院所就診、甫出院或即將轉介至他院就醫，請協助以下項目並回饋醫師 2.1 <input type="checkbox"/> 進行藥物交互作用、治療禁忌等評估。 2.2 <input type="checkbox"/> 協助整合用藥 2.3 <input type="checkbox"/> 請協助追蹤病人療效/用藥反應 3. <input type="checkbox"/> 其他：(請描述)_____						
		與所勾選個案特質有關的疾病/症狀及用藥之簡述：						
轉介藥局		藥局電話		藥師姓名				
院所基本資料	醫療院所名稱：			地址：				
	醫師姓名		聯絡電話	醫師院所窗口	傳真號碼			
	轉介日期		_____年_____月_____日	轉介醫師簽章：		窗口簽章：		
藥局回覆欄	處理情形	約定訪視日期：_____年_____月_____日，於7日內回報照護紀錄。						
		本欄為處理摘要，照護紀錄詳如附件。						
藥局名稱		藥師簽章		回覆日期		電話		

本表單為中華民國藥師公會全國聯合會為承辦政府藥事照護相關計畫所設計
 使用表單或計畫相關問題，聯絡窗口：
 電話：02-2595-3856 #112 傳真：02-2599-1052

給藥紀錄單

第 頁

藥物過敏：

用藥狀況：藥品需磨碎 藥品需管灌 可吞服固體藥品

姓名：

床號： 年齡：男 女 管路：鼻胃管 導尿管 呼吸器

開始日	藥物、劑型、途徑、劑量、用法	日期	給藥時間																
給藥護理師請簽名				班別	簽名	簽名	簽名	簽名	簽名	簽名	簽名	簽名	簽名	簽名	簽名	簽名	簽名		
未用藥之代號○ ※原因記在護理記錄				白班															
				小夜班															
				大夜班															

急救藥有效期限核對表

1	藥品名	單位含量	數量	有效期限	數量	有效期限	數量	有效期限	數量	有效期限	數量	有效期限	數量	有效期限
2														
3														
4														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
核對人簽章														
核對日期														
注意：1.有效期限前 6 個月必須更新。2.至少每 3 個月須核對一次。依據行政院衛生署長期照護住宿式機構應備之常見急救藥品品項制定(每年會變動因此未列品項)														

1~3 級管制/麻醉藥品使用紀錄表

品名：

機構單位：

日期	領入數量	結存數量	住民姓名	病歷號碼/床號	投藥人員	使用量	殘餘量	會同報廢人員	報廢日期/時間

注意事項：(1) 報廢之藥品應由 2 人會同，以擦手紙吸附餘量，再丟入感染性垃圾桶，以免遭人濫用。(2) 註明報廢日期、時間於此表單中。(3) 領入及結存之數量單位：針劑為「支」、貼片或口夾片為「片」；使用量及殘餘量之單位為「毫克」或「微毫克」。

長期照護住宿式機構 用藥安全管理建議單

編號：

建議對象： <input type="checkbox"/> 護理站 <input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 其他	
住民姓名：	床號： 年齡： 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
發生時間： 年 月 日	建議單位或負責人
事件內容	
<input type="checkbox"/> 儲藥環境不適當	<input type="checkbox"/> 處方用藥管理不適當
<input type="checkbox"/> 藥櫃設置不適當	<input type="checkbox"/> 備藥處置不適當
<input type="checkbox"/> 管制藥品管理不適當	<input type="checkbox"/> 藥品磨粉管理不適當
<input type="checkbox"/> 藥物冰箱管理不適當	<input type="checkbox"/> 給藥管理不適當
<input type="checkbox"/> 醫用氣體管理不適當	<input type="checkbox"/> 給藥紀錄單管理不適當
<input type="checkbox"/> 急救藥品管理不適當	<input type="checkbox"/> 藥品不良反應評估不適當
<input type="checkbox"/> 備藥區域設置不適當	<input type="checkbox"/> 過期剩藥管理不適當
<input type="checkbox"/> 洗手設施不適當	<input type="checkbox"/> 藥物治療評估紀錄管理不適當
<input type="checkbox"/> 住民用藥及保健食品管理不適當	<input type="checkbox"/> 教育訓練管理不適當
問題描述	
建議事項	
藥師簽章：	填寫日期： 年 月 日
機構回覆欄	
回覆單位或負責人簽章：	填寫日期： 年 月 日
藥師結案或追蹤： <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 未改善 <input type="checkbox"/> 其他	
藥師簽章：	填寫日期： 年 月 日

長期照護住宿式機構住民基本資料表

第 頁

姓名： 床號： 生日： ____年__月__日 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 溝通方式： <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他 身高：_____cm 體重：_____kg 教育程度： <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 入住年月日： 年 月 日 藥師第一次照顧日期： 年 月 日	
過去病史/住院紀錄/手術（時間/事件） 	
家族史 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 其他：_____	抽菸或喝酒史 抽菸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：____/天 <input type="checkbox"/> 曾經有但已戒菸____年 喝酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：____/天 <input type="checkbox"/> 曾經有但已戒酒____年
藥物過敏史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 有（請填藥物名稱）：	
活動型態 <input type="checkbox"/> 長期臥床 <input type="checkbox"/> 使用輪椅 <input type="checkbox"/> 使用其他輔具（如拐杖或腳架） <input type="checkbox"/> 功能獨立	管路 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 氣切管 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 其他：
用藥狀況： <input type="checkbox"/> 藥品需磨碎 <input type="checkbox"/> 藥品需管灌 <input type="checkbox"/> 可吞服固體藥品	
住民目前罹患之慢性病： 1. <input type="checkbox"/> 中風 2. <input type="checkbox"/> 高血壓 3. <input type="checkbox"/> 心臟病 4. <input type="checkbox"/> 糖尿病 5. <input type="checkbox"/> 高血脂 6. <input type="checkbox"/> 慢性肺部疾病、氣喘 7. <input type="checkbox"/> 消化系統疾病（肝膽腸胃） 8. <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病（攝護腺肥大、尿失禁、泌尿道感染） 9. <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 10. <input type="checkbox"/> 骨骼系統疾病（關節炎、骨折、骨質疏鬆、痛風） 11. <input type="checkbox"/> 脊髓損傷 12. <input type="checkbox"/> 血液疾病（貧血、血小板減少、白血球減少） 13. <input type="checkbox"/> 免疫疾病 14. <input type="checkbox"/> 傳染性疾病（肺結核、愛滋病、梅毒、B型肝炎） 15. <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 16. <input type="checkbox"/> 失智症 17. <input type="checkbox"/> 癲癇 18. <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 19. <input type="checkbox"/> 失眠 20. <input type="checkbox"/> 癌症 21. <input type="checkbox"/> 精神科疾病（焦慮、精神分裂、憂鬱、躁鬱） 22. <input type="checkbox"/> 眼科疾病（白內障、青光眼、乾眼症） 23. <input type="checkbox"/> 皮膚疾病（異位性皮膚炎、乾癬、濕疹） 24. <input type="checkbox"/> 其他（請填疾病名稱_____）	
住民目前主要醫療問題（目前控制不佳，需要積極介入的狀況） 	

藥師簽章：

填表日期： 年 月 日

長期照護住宿式機構住民檢驗數值紀錄表

第 頁

姓名：		床號：		年齡：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
項目	正常參考值*	/	/	/	/	/	/	/	/
BT (°C)	36- 37								
BP (mmHg)	110-140/60-90								
Heart rate (beats/min)	60-100								
Glucose AC (mg/dL)	70-105								
HbA1c (%)	4.6-6.2								
BUN (mg/dL)	7-20								
SCr (mg/dL)	M:0.64-1.27								
	F:0.44-1.03								
Albumin (g/dL)	3.0-5.0								
AST (u/L)	0-37								
ALT (u/L)	0-40								
Uric Acid (mg/dL)	2.7-8.3								
Cholesterol (mg/dL)	<200								
LDL (mg/dL)	<130								
HDL (mg/dL)	>40								
TG (mg/dL)	30-150								
Sodium (mEq/L)	134-148								
Potassium (mEq/L)	3.6-5.0								
Calcium (mEq/L)	7.9-9.9								
Phosphate (mEq/L)	2.5-4.5								
Digoxin (ng/mL)	0.8-2.0								
Cabamazepam (ug/mL)	8-12								
Phenytoin (ug/mL)	10-20								
Valproic acid (ug/mL)	50-100								
Theophylline (ug/mL)	8-20								
Lithium (mEq/L)	0.6-1.2								
身高	cm								
體重	kg								
BMI	kg/m ²								

*正常參考值：應依疾病治療準則建議為主，老年人應有個別化考量，需注意不同檢驗單位提供數值可能有差異。

住民用藥紀錄表

第 頁

姓名： 床號： 年齡： 性別：男 女

壹、每天服用藥品的品項數： 種；每天服用藥品的總次數（Doses）：

此次處方日期	給藥天數	醫療院所/科別/醫師	適應症	商品名/學名	含量/劑型	劑量/用法	實際用法	藥物治療問題/備註（如填寫建議單編號或潛在藥物治療問題註記）

附註：先列慢性病用藥，再列短期使用之藥物

貳、非醫師處方的藥品或保健食品

每日使用品項數：_____；每日使用總次數：口服_____，其他_____

使用動機	商品名	學名	含量/劑型 劑量/用法	藥物治療問題	說明

監測指標數值（包括：血壓、脈搏、血糖、生化檢驗、特殊檢查等項目）							
日期 項目數值							
/							
/							

藥物治療評估服務紀錄表

編號：	服務機構：
服務藥局：	服務藥師：
建議對象： <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
住民姓名：_____ 床號：_____ 年齡：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
診斷：	
考量 1~12 項內容，去發現疑似藥物治療問題並提出解決問題辦法。	
<input type="checkbox"/> 1. 所使用藥物是否都有相對的適應症？	<input type="checkbox"/> 8. 是否產生藥品不良反應、過敏或併發症？
<input type="checkbox"/> 2. 是否有需要用藥的病情但沒有用藥？	<input type="checkbox"/> 9. 有無重複用藥？
<input type="checkbox"/> 3. 所投與劑型是否適當？(鼻胃管/藥品撥半)	<input type="checkbox"/> 10. 使用療程是否合理？
<input type="checkbox"/> 4. 用藥頻率或劑量是否適當？(腎功能不良)？	<input type="checkbox"/> 11. 是否有更安全/有效/便宜的藥品可取代？
<input type="checkbox"/> 5. 有無明顯藥物間之交互作用？	<input type="checkbox"/> 12. 住民是否配合用藥？護士是否正確發藥？
<input type="checkbox"/> 6. 用藥有無治療某疾病之禁忌症？	<input type="checkbox"/> 13. 沒用藥問題，對護理人員/個案照護之建議
<input type="checkbox"/> 7. 用藥是否達到所期望的療效？	<input type="checkbox"/> 14. 沒用藥問題，對醫師療效監測之建議
	<input type="checkbox"/> 15. 評估後，完全沒有用藥問題
疑似藥物治療問題：	
問題敘述 (列出處方日期/所使用藥物、說明藥物治療問題內容，一個問題請寫一張以便追蹤)	
建議如何解決問題：	
描述細節：	
參考資料： <input type="checkbox"/> 仿單 <input type="checkbox"/> 藥品手冊 <input type="checkbox"/> 參考書籍 (或文獻)：_____	
藥師簽章：_____	填寫日期： 年 月 日
處方醫師或其他人員回覆說明：(回覆後，請將此單交回原機構，謝謝)	
簽章 _____	簽核日期： 年 月 日
追蹤結果： <input type="checkbox"/> 接受藥師建議 <input type="checkbox"/> 不接受 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
住民療效追蹤結果：	
藥師簽章：_____	填寫日期： 年 月 日

**一個藥物治療問題請使用一張紀錄表

藥師與長期照護住宿式機構聯繫單

編號：

訪視日期： 年 月 日 時 分至 時 分	
訪視內容： <input type="checkbox"/> 藥品安全管理及給藥流程稽核 <input type="checkbox"/> 藥物治療評估 <input type="checkbox"/> 參與會診與個案討論 <input type="checkbox"/> 提供機構人員用藥安全在職教育 <input type="checkbox"/> 其他	
訪視結果：	
1.共訪視_____人 床號/姓名：	
2.護理站藥品管理建議單： _____人； _____張 床號/姓名：	
3.藥物治療問題建議表： _____人； _____張 床號/姓名：	
4.其他： _____	
藥師簽章： _____	填寫日期： 年 月 日
機構回覆欄	
回覆單位或負責人簽章： _____	
填寫日期： 年 月 日	