

# 中華民國藥師公會全國聯合會函

地 址：臺北市民權東路一段 67 號 5 樓  
電 話：02-25953856  
傳 真：02-25991052  
連 絡 人：李思筠(分機 128)  
電子郵件：memomo0604@gmail.com

受文者：社團法人宜蘭縣藥師公會

速別：普通

密等及解密條件：

發文日期：中華民國 107 年 5 月 4 日

發文字號：(107)國藥師博字第 1071071 號

附件：個案自我用藥問題評量表

主旨：檢附本會「個案自我用藥問題評量表」，請查照。

說明：

- 一、衛生福利部(衛部顧字第 1071960210 號)公告「長期服務專業手冊」。
- 二、請貴單位協助提供本表單予照護管理專員(簡稱照專)使用，讓照專做長照個案的需求評估時，藉由此張表單來發現個案有藥師提供照護的需求。

正 本：各縣市衛生局、25 縣市藥師公會

副 本：本會(文存)

理事長古博仁

# 個案自我用藥問題評量表

107/03/06

說明：此評量表是在長期照顧領域，由長照管理專員使用。依據長期照顧給付及支付基準內長照需要者之照顧問題清單第 14 項“用藥問題”，若照管專員在居家訪視做需求評估時發現個案有下表內容任何一項問題時，可轉介符合資格藥師提供居家照護服務。由藥師協助解決個案之用藥問題，並保護個案更正確、安全、有效及方便地使用藥物。請記錄是否有 A1, A4, B3 等用藥問題。

**A: 請評估個案是否有以下的用藥問題？(任何有的都打勾，先勾大類別 再勾選細項內容)**

大類別	細項內容
<input type="checkbox"/> 1. 個案用藥複雜	<input type="checkbox"/> 常有拿錯藥吃的情形 <input type="checkbox"/> 無法正確說出每個用藥的使用原因，是做何用途? <input type="checkbox"/> 無法正確說出每個處方用藥的使用時間 <input type="checkbox"/> 無法正確說出每個藥品，每次的用量 <input type="checkbox"/> 其他 <small>(用藥複雜是指一天用藥大於 12 個劑量。一種藥一天吃四次，稱吃四個劑量。若個案一天吃 8 種藥，二種藥一天吃 4 次，三種藥一天吃 3 次，三種藥一天吃一次，則吃了 <math>8+9+3=20</math> 個劑量，太複雜了，極容易拿錯藥吃下)</small>
<input type="checkbox"/> 2. 自我用藥有困難	<input type="checkbox"/> 病人的肢體有困難，手不方便取藥、視力不好，不易將藥品從容器中取出 <input type="checkbox"/> 無法正確取出每次該使用的用量 <input type="checkbox"/> 無法自我給藥(例如：無法把口服藥放入嘴巴、無法倒水或喝足夠的水以吞下藥品、無法點眼藥水或貼上貼布) <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 3. 常無法按時用藥	<input type="checkbox"/> 個案的認知有困難，不識字、語言困難、昏暈、失憶，或其照護者常忘記用藥或未按時用藥 <input type="checkbox"/> 不方便出去取藥，常缺乏藥品使用 <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 4. 劑型使用有困難	<input type="checkbox"/> 個案的藥品須撥半或磨粉，但其照護者不會執行 <input type="checkbox"/> 對特殊劑型如氣喘吸入劑、胰島素注射、經皮吸收製劑等，操作困難 <input type="checkbox"/> 個案或其照護者對用藥器具或療效監測儀器的使用有疑惑 <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 5. 用藥有安全感疑慮或剩餘藥品	<input type="checkbox"/> 多種中藥、西藥、健康食品併服，懷疑有重複用藥或產生交互作用現象 <input type="checkbox"/> 同時看 ≥2 科別醫師或長期一天吃超過 8 種藥品 <input type="checkbox"/> 家裡有許多藥品沒吃，有許多剩藥或過期藥品 <input type="checkbox"/> 其他

**B: 請評估個案生理狀況，近期是否出現下列症狀懷疑有藥品副作用？(任何有的都打勾)**

大類別	細項內容
<input type="checkbox"/> 1. 困擾行為	<input type="checkbox"/> 情緒大幅度波動，如煩躁、失眠、憂鬱、思緒混亂… <input type="checkbox"/> 嗜睡，影響白天活動或進食等日常生活功能 <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 2. 排便控制	<input type="checkbox"/> 有便祕 <input type="checkbox"/> 有腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 3. 排尿控制	<input type="checkbox"/> 尿不出來 <input type="checkbox"/> 尿失禁，常常無法控制尿褲子或尿床 <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 4. 步行	<input type="checkbox"/> 有跌倒或跌倒的風險 <input type="checkbox"/> 常抱怨走路下肢無力或肌肉痛 <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 5. 進食	<input type="checkbox"/> 食慾不振或拒食，影響營養攝取 <input type="checkbox"/> 吞嚥困難、流口水或吃東西容易嗆到
<input type="checkbox"/> 6. 疾病控制不佳或是有新的身體不適	<input type="checkbox"/> 長疹子 <input type="checkbox"/> 抱怨服藥後仍無法解決疼痛問題 <input type="checkbox"/> 皮膚常瘀血 <input type="checkbox"/> 有水腫(臉、手、腳或呼吸很喘) <input type="checkbox"/> 有脫水現象、皮膚乾、嘴唇或喉嚨很乾、吵著要喝水 <input type="checkbox"/> 其他