

（安老院名稱）

自行存放及使用藥物同意書

住客姓名	性別／年齡	身份證號碼	房及／或床號
------	-------	-------	--------

（一）要求自行存放及使用的藥物的資料

藥物名稱	藥物來源	用藥目的	使用方法

（二）住客及*監護人／保證人／家人／親屬確認（*請刪去不適用者）

本人 _____（住客姓名）現要求自行存放及使用上述藥物，本人充分明白醫囑及會遵從醫囑準時及按劑量用藥，並會將藥物存放在安全和上鎖的櫃／盒內，避免讓其他住客誤取。

住客簽署	見證 *監護人／保證人／家人／親屬姓名	與住客關係
日期	見證 *監護人／保證人／家人／親屬簽署	日期

（三）院舍評估（請在適當格內加上「✓」號）

評估	是	否	備註
住客能夠充分明白醫囑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
住客能夠遵從醫囑準時及按劑量用藥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
住客能夠將藥物存放在安全和上鎖的櫃／盒內	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
鄰近的住客不會有機會誤取藥物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
第（一）項所列的藥物適宜由住客自行存放及使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

經評估後，院方 同意 / 不同意 將第（一）項所列的藥物交由住客自行存放及使用。

*護士／保健員姓名 _____ 主管姓名 _____
 *護士／保健員簽名 _____ 主管簽署 _____
 評估日期 _____ 日期 _____

（四）備註

<p>(1) 院方須最少每 6 個月或因應下列任何一種情況而再作評估及更新／終止同意書：</p> <p>(a) 鄰近的住客情況有轉變以致有機會誤取上述住客的藥物；</p> <p>(b) 住客或監護人／保證人／家人／親屬提出不再讓住客自行存放及使用藥物；</p> <p>(c) 住客的認知能力或處理藥物的能力轉差；或</p> <p>(d) 第（一）項所列的藥物種類有變。</p> <p>(2) 院方應填寫有關藥物的交收記錄，並由上述住客及監護人／保證人／家人／親屬簽名確認。</p>
--