附件三

居家照護病人自控式止痛法使用成癮性麻醉藥品紀錄表

病人姓名		藥品名稱	
病歷號碼		處方醫師	
診　　斷			
注射液容量(毫升)			

月　日	自控注射時間(時分)	月　日	自控注射時間(時分)	月　日	自控注射時間(時分)

備註	本紀錄表請依醫療院所醫事人員之囑,由病人或病人家屬依實際自控注射時間依次填寫注射之時、分,並於下次就診或再赴處方時交予醫師查核,未依規定填寫時,醫師得減少處方天數;有流為他用時,醫師應拒絕再處方。 因故,未使用完之成癮性麻醉藥品應交還醫療院所銷燬。