

（殘疾人士院舍名稱）

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，殘疾人士院舍 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

(1) 殘疾人士院舍須定期監察及評估該住客自行存放及使用藥物的情況及能力，並因應下列任何一種情況而再作評估及更新／終止同意書：

- (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；
- (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；
- (c) 住客的認知能力或處理藥物的能力轉差；或
- (d) 第（一）項所列的藥物種類有變。

(2) 殘疾人士院舍應填寫有關藥物的交收紀錄，並由上述住客及監護人／保證人／家人／親屬簽名確認。

