

診所 病人用藥聲明書

病人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 身分證字號：_____

本人因睡眠障礙於本院就醫診治中，目前因治療之需要，服用

Zolpidem、 Zopiclone、 Zaleplon、 Eszopiclone

經醫師詳細診治與衛教說明後，確認以下事項：

請問您於服用上述藥物時，是否曾經發生如夢遊、夢駕、或在未完全清醒的情況下從事其他活動(泛稱為複雜性睡眠行為)? 有 沒有

如果爾後服藥後出現上述複雜性睡眠行為，為讓醫師及時充分掌握病情，請您務必暫停用藥並且主動告知診治醫師。 同意 不同意

病患簽名：_____ 診治醫師：_____

中華民國_____年_____月_____日

診所 病人用藥聲明書

病人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 身分證字號：_____

本人因睡眠障礙於本院就醫診治中，目前因治療之需要，服用

Zolpidem、 Zopiclone、 Zaleplon、 Eszopiclone

經醫師詳細診治與衛教說明後，確認以下事項：

請問您於服用上述藥物時，是否曾經發生如夢遊、夢駕、或在未完全清醒的情況下從事其他活動(泛稱為複雜性睡眠行為)? 有 沒有

如果爾後服藥後出現上述複雜性睡眠行為，為讓醫師及時充分掌握病情，請您務必暫停用藥並且主動告知診治醫師。 同意 不同意

病患簽名：_____ 診治醫師：_____

中華民國_____年_____月_____日