使用成癮性麻醉藥品病人同意書

病人姓名：　　生日：　　年　　月　　日

病歷號碼：　　性別：□男　　□女

病人已被告知罹患＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿，有難忍之慢性疼痛，經審慎評估後，需長期使用成癮性麻醉藥品，該藥品具成癮性，故需遵守醫囑使用。

主治醫師：　　簽章

成癮性麻醉藥品之各種副作用及服藥時應注意事項，經醫師說明後，本人已充分瞭解並願恪守下列原則，且依貴院之指導接受治療。

（1）任何情況下，均不得自行要求醫師開立成癮性麻醉藥品處方。
（2）本人使用後若發生成癮，同意接受解癮之相關治療。
（3）本人若在其它醫療機構診治時接受同類藥品，應據實告知診治醫師，否則接受停藥。
（4）若因故停止服用該類藥品時，願依醫院規定退回剩餘之藥品。
（5）本藥品僅供正當醫療用途，不得做為其他使用。

病　　人：　　簽章
身分證字號：
電　　話：
住　　址：

見　證　人：　　簽章
身分證字號：
電　　話：
住　　址：

中　華　民　國　年　月　日