

客戶身份代碼：_____

評估日期：_____

藥物副作用和堅持治療

客戶自行評估或臨床醫生主持評估

1. 你目前是否在服用任何處方藥品？

- 是
- 否 → 跳至問題2
- 不確定/不知道 → 跳至問題2

2. 你目前感覺到以下哪些藥物副作用？

請勾選所有適用的項目。

- 白天鎮靜作用/嗜睡/睡眠過多
- 記憶力有問題或注意力不集中
- 食欲或體重變化
- 肌肉過於緊張或僵硬，或者肌肉顫抖或發抖
- 感到不安、緊張或需要四處走動
- 視力模糊、口幹、便秘或尿瀦留或排尿困難
- 性功能發生變化
- 月經或乳房問題（僅限女性）
- 感覺與平常不同
- 其他（請說明：_____）
- 無

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.