

客户身份代码： _____

评估日期： _____

药物副作用和坚持治疗

客户自行评估或临床医生主持评估

1. 你目前在服用任何处方药吗？

- 是
- 否 → **跳至问题2**
- 不确定/不知道 → **跳至问题2**

2. 你目前有哪些药物副作用？

请勾选所有适用的项目。

- 白天镇静作用/嗜睡/睡眠过多
- 记忆力问题或注意力不集中
- 食欲或体重变化
- 肌肉过于紧张或僵硬，或者肌肉颤抖或发抖
- 感到不安、紧张或需要四处走动
- 视力模糊、口干、便秘或尿潴留或开始排尿困难
- 性功能发生变化
- 月经或乳房问题（仅限女性）
- 感觉与平常不同
- 其他（请说明： _____）
- 无