

\_\_\_\_\_ 診所 病人用藥聲明書  
(範本)

病人姓名：\_\_\_\_\_ (診所填具)

病歷號碼：\_\_\_\_\_ (診所填具)

身分證字號：\_\_\_\_\_ (診所填具)

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