|  |
| --- |
| **105年度校園正確用藥教育調查問卷**  各位老師、同學好：  衛生福利部食品藥物管理署委託國立臺灣師範大學進行臺灣地區校園正確用藥調查，本問卷目的是想了解您正確用藥的情形，作為校園正確用藥教育的參考。您所填寫的任何資料僅供本研究使用且「匿名」填寫，絶不做其他用途，請安心填寫。您的寶貴意見，將使本研究更有價值，感謝您的協助！  敬祝  　　　健康!　快樂!  國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系  張鳳琴教授 敬上  連絡電話：(02)7734-1711  民國一○五年六月 |

**填答說明**：

* 請詳細閱讀題目，然後在該題答項內點選適當的答案。
* 每題皆為單選，只能選一個答案（除非標明「可複選」的題目，才可複選）。
* 本問卷之解熱鎮痛藥（如普拿疼），是指含乙醯胺酚成分之止痛退燒藥。
* 本問卷之消炎止痛藥（如阿斯匹靈），是指非類固醇之消炎止痛藥。
* 本問卷之制酸劑（如吉胃福適）為常用胃藥的一種，是指中和胃酸的藥品。
* 本問卷之綜合感冒藥（如伏冒熱飲），是指可至藥局購買的綜合感冒藥。
* 本問卷之指示藥或成藥是指可至藥局購買的藥品。

**第一部分　基本資料**

1. 本次調查學校類別為：□(1)正確用藥教育中心及協力學校 □(2)全國抽樣調查學校
2. 本次調查類別為：□(1)前測 □(2)後測
3. 目前就讀（教）：□(1)國小 □(2)國中 □(3)高中 □(4)高職
4. 學校名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

班級：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_班 座號：\_\_\_\_\_號　教師免填

出生年月日：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日　學生免填

1. 性別：□(1)男 □(2)女
2. 父親教育程度？　教師免填

□(1)國中以下 □(2)高中(職) □(3)專科 □(4)大學 □(5)研究所(碩博士) □(6)不知道

1. 母親教育程度？　教師免填

□(1)國中以下 □(2)高中(職) □(3)專科 □(4)大學 □(5)研究所(碩博士) □(6)不知道

1. 家庭經濟狀況?　教師免填 □(1)低收入 □(2)中低收入 □(3)小康(一般) □(4)富裕
2. 平均來說，您目前學業成績在班上的位置約是？　教師免填

□(1)前面三分之一 □(2)中間三分之一 □(3)後面三分之一 □(4)不知道

1. 您自己目前是否患有須長期（指3個月以上）用藥的疾病？□(1)否 □(2)是
2. 和您同住的家人中，是否有人是醫師或藥師？□(1)沒有 □(2)有
3. 您是否有參與過教師正確用藥增能相關研習工作坊？　學生免填 □(1)沒有 □(2)有

**第二部分　知識題**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 填答說明：對於下列的問題，請您就所知道的情形，從「正確」與「錯誤」兩項答案中，選出最適合的答案，若您不知道答案，請選「不知道」。 | | | |
|  | | | |
|  | **(1)**  **正確** | **(2)**  **錯誤** | **(3)**  **不知道** |
|
| **能力一：做身體的主人** |  |  |  |
| 1. 自行購買藥品時，應到有藥師執業的藥局進行諮詢或購買藥品。 | V |  |  |
| 1. 吃藥一定要搭配制酸劑（胃藥）一起服用才不會傷胃。 |  | V |  |
| 1. 國內藥品依照使用風險區分為處方藥、指示藥及成藥等三級。 | V |  |  |
| 1. 指示藥的安全性比處方藥的安全性低。 |  | V |  |
| 1. 指示藥或成藥是安全的可以長期自行使用。 |  | V |  |
| 1. 如果生病的症狀類似，就可以自行使用別人的指示藥或成藥。 |  | V |  |
| **能力二：清楚表達自己的身體狀況** |  |  |  |
| 1. 就醫或購買藥品時，應該告知醫師或藥師曾發生過敏情形的藥品或食物。 | V |  |  |
| 1. 應清楚表達自己的症狀或需求，與藥師討論再購買適合的藥品。 | V |  |  |
| **能力三：看清楚藥品標示** |  |  |  |
| 1. 未使用完的藥品都應該放置在冰箱內妥善保存，以免變質。 |  | V |  |
| 1. 有飲酒習慣或患肝炎者，服用含乙醯胺酚的解熱鎮痛藥（如普拿疼）會增加肝損傷風險。 | V |  |  |
| 1. 如果藥師已經說明過藥品的使用劑量、方法、副作用及注意事項了，服藥之前就不需再仔細閱讀藥盒或說明書。 |  | V |  |
| 1. 家中過期及不需使用的藥品，可以直接丟入馬桶。 |  | V |  |
| **能力四：清楚用藥方法、時間** |  |  |  |
| 1. 忘記吃藥時，應該於下次吃藥時間一次服用2倍的藥，才可以維持藥效。 |  | V |  |
| 1. 當感冒症狀嚴重時，可以自行增加綜合感冒藥的用量會使感冒好得比較快。 |  | V |  |
| 1. 自行增加指示藥或成藥的使用劑量會造成藥物過量使用的危險。 | V |  |  |
| **能力五：與醫師、藥師作朋友** |  |  |  |
| 1. 對於在醫院拿的藥品有用藥疑問時，可打電話回醫院或向住家附近藥局的藥師詢問。 | V |  |  |
| 1. 使用指示藥或成藥時，若發生任何不舒服的情形應儘快向藥師諮詢。 | V |  |  |
| **字彙** |  |  |  |
| 1. 「處方藥」是指在藥局可以購買到的藥品。 |  | V |  |
| 1. 藥品的「適應症(用途)」是指藥品能治療的疾病或症狀。 | V |  |  |
| 1. 「一天四次」是指在三餐飯後與睡前時服用。 | V |  |  |
| 1. 藥品的「副作用」是指服用藥品後，產生治療效果以外的作用。 | V |  |  |

**第三部分　效能題**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填答說明：若遇到下列情況，請從「完全沒把握」、「有少許把握」、「有一半把握」、「很有把握」、「完全有把握」五項答案中勾選一項符合你想法的選項。 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | (1)  完全沒把握  0% | (2)  有少許把握  25% | (3)  有一半把握  50% | (4)  很有把握  75% | (5)  完全有把握  100% |
|
| **能力一：做身體的主人** |  |  |  |  |  |
| 1. 我能夠不聽信具有神奇療效的廣告購買藥品。 |  |  |  |  |  |
| 1. 當我有未吃完的藥品時，我能夠不贈送給親友。 |  |  |  |  |  |
| 1. 就醫時，我能夠不主動要求醫師開制酸劑（胃藥）。 |  |  |  |  |  |
| 1. 使用任何藥品都有風險，所以使用後我能夠注意身體是否有異常的變化。 |  |  |  |  |  |
| 1. 我能夠不自行長期使用指示藥或成藥。 |  |  |  |  |  |
| **能力二：清楚表達自己的身體狀況** |  |  |  |  |  |
| 1. 我能夠將自己過敏的藥品或食物主動告知醫師或藥師。 |  |  |  |  |  |
| 1. 若需騎乘交通工具或參加重大考試，我能夠主動告訴醫師或藥師自己不適合服用有嗜睡作用的藥物。 |  |  |  |  |  |
| 1. 為避免過量使用止痛藥，我能夠告知醫師或藥師目前正在使用含有乙醯胺酚 (Acetaminophen) 藥品。 |  |  |  |  |  |
| 1. 購買藥品時，我能夠與藥師討論自己的症狀與目前正在服用的藥品。 |  |  |  |  |  |
| **能力三：看清楚藥品標示** |  |  |  |  |  |
| 1. 我能夠注意所購買的藥品是屬於指示藥或成藥。 |  |  |  |  |  |
| 1. 藥局所購買的指示藥或成藥未使用完時，我能夠保留藥品外盒及說明書方便參考使用。 |  |  |  |  |  |
| 1. 使用藥品前，我能確認自己的症狀與藥品外盒或說明書之適應症是否相符。 |  |  |  |  |  |
| **能力四：清楚用藥方法、時間** |  |  |  |  |  |
| 1. 我能夠依照藥袋、藥盒或使用說明書所標示的使用方法按時服用藥品。 |  |  |  |  |  |
| 1. 我能夠不自行調整指示藥或成藥的使用劑量及次數。 |  |  |  |  |  |
| **能力五：與醫師、藥師作朋友** |  |  |  |  |  |
| 1. 若不明白藥品使用方法時，我能夠主動向藥師或醫師詢問用藥方式。 |  |  |  |  |  |
| 1. 當我需要就醫或購藥時，我能夠自行找到居家或學校附近的醫療資源 （醫療院所或藥局）。 |  |  |  |  |  |

**第四部分　藥盒題**

|  |
| --- |
| 填答說明：請依據藥盒及說明書上之用藥資訊，回答下列問題。 |
|  |
| 吳同學是16歲的高中一年級學生，今天因為身體不舒服，自己到藥局去購買藥品，以下是藥師建議他所購買的藥品的藥盒及說明書的部分資訊：   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 製造批號：20160204  保存期限：02 / 2019 | “健康”**感冒**糖衣錠  **10錠** | | | |  | | **Canmo** S.C. Tablets “C.K.” | | | | | | | **藥物資訊**  **【有效成分及含量】**每錠含：  Acetaminophen 200 mg  Ethoxybenzamide 166 mg  Noscapine 10 mg  Chlorpheniramine 2.5 mg  dl-Methylephedrine 10 mg  Caffeine Anhydrous 30 mg    **【其他成分(賦形劑)】**無  Stearic acid, lactose ground  【注意事項】請詳閱說明書後使用  【儲存條件】25度以下避光儲存  衛部藥製字第012345號 | | **【用途(適應症) 】**  緩解感冒之各種症狀(流鼻水、鼻塞、打噴嚏、咽喉痛、咳嗽、咳痰、發燒、頭痛、肌肉酸痛)。  **【不得使用族群】**   1. 曾因本藥引起過敏症狀者不得 使用。   (2) 6歲以下不可自行使用。 | | **【用法用量】**  一日3次。成人每次1錠，12歲以上，適用成人劑量。9歲以上未滿12歲，適用成人劑量之1/2。6歲以上未滿9歲，適用成人劑量之1/3。  **【類別】**醫師藥師藥劑生指示藥品  **【諮詢專線】**0800-999-000 | | | 【製造廠】健康製藥股份有限公司  台北市健康區促進路100號 | | |  | | |  |  | | --- | | “健康”**感冒**糖衣錠  **Canmo** S.C. Tablets “C.K.” 衛部藥製字第012345號  【使用上注意事項】   1. 有下列情形者，請勿使用：曾經因本藥引起過敏症狀者不得使用。 2. 有下列情形者，請先諮詢醫師藥師藥劑生：患有肝、腎疾病之患者。   【警 語】   1. 服用本藥後，若有發生任何不適症狀，請立即停止使用，並持此說明書諮詢醫師藥師藥劑生。   服用本藥後，若有發生以下副作用，請立即停止使用，並接受醫師診治：發疹、噁心嘔吐、頭暈耳鳴、心跳加速、排尿困難、視覺模糊等。 | |

1. 假如您是吳同學，在購買藥品與藥師溝通的時候，以下哪一項最符合你的表現？

(A) 我會告訴藥師，我有咳嗽、頭痛的情形

(B) 我會告訴藥師，我從昨天開始有咳嗽、流鼻水、頭痛的情形

(C) 我會告訴藥師，我覺得胃很不舒服

(D) 我會告訴藥師，我覺得頭暈

1. 假如您是吳同學，下列哪一項使用藥品的方式，最符合你的想法？

(A) 我會三餐飯後每次1顆，搭配白開水口服

(B) 我會早、晚餐飯前每次1顆，外用

(C) 我會三餐飯後每次1顆，搭配咖啡口服

(D) 我會早、晚餐飯前，每次1顆，嚼碎後搭配可樂口服

1. 您認為這種藥品是屬於哪種類別的藥品？

(A) 成藥

(B) 處方藥

(C) 醫師藥師藥劑生指示藥

(D) 健康食品

1. 服用這種藥品後吳同學覺得看東西會變得模糊，假如您是吳同學，下列何者最符合你的決定？

(A) 我會點消除眼睛疲勞的眼藥水

(B) 我會檢查視力，配新眼鏡

(C) 我會睡一覺就好，讓眼睛休息

(D) 可能是副作用，我會先向藥師詢問

1. 5歲妹妹也有相同感冒症狀，想要使用吳同學的「感冒糖衣錠」緩解不舒服的症狀，假如您是吳同學，您認為如何給妹妹使用這個藥品最適合？

(A) 一天3次，每次二分之一錠

(B) 一天3次，每次三分之一錠

(C) 一天3次，每次四分之一錠

(D) 不可以給妹妹使用

1. 對於這個藥品的使用期限，以下何者最符合你的想法？

(A) 2011年2月前使用

(B) 2019年2月前使用

(C) 2020年2月前使用

(D) 2019年8月前使用

1. 假如您現在只出現咳嗽的感冒症狀，以下何者最符合您的做法？

(A) 我會使用「感冒糖衣錠」，因為符合適應症

(B) 我會使用「感冒糖衣錠」，因為可以預防感冒症狀

(C) 我不會使用「感冒糖衣錠」，因為有家人上次未使用完的感冒藥可以使用

(D) 我不會使用「感冒糖衣錠」，因為症狀不同應與藥師討論

**第五部分 藥袋題**

|  |
| --- |
| 填答說明：請依據以下所提供之藥袋上之用藥資訊，回答下列問題並選出最符合的答案。  吳同學因為胃痛而就醫，醫生開給了他一些藥物，其中一個藥物的藥袋內容資料如下： |

|  |
| --- |
| 每日三次 每次1顆 口服(飯後) |

1. 吳同學於早上6點半吃早餐，假如您是吳同學，下列有關服用藥品的時間，何者最符合你的想法？

(A)晚上6點 (B)早上7點 (C)早上10點 (D)早上6點

1. 若吳同學午餐後忘記吃藥，假如您是吳同學，下列何者最符合你的決定？

(A)不管何時想起來，我會馬上補吃1錠 (B)不管何時想起來，我會在晚上吃2錠

(C)如果想起來時已經接近晚餐，就算了，晚上仍只吃1錠　(D)即使立刻想起來，我也不可以補吃

1. 吳同學服用這種藥品後發生嚴重腹瀉情形，假如您是吳同學，以下何者最符合你的做法？

(A)我會吃強胃散 (B)我會多喝水 (C)我會向附近藥局的藥師詢問 (D)這是正常現象，不用理會

1. 如果依照藥袋上的用法吃了3天之後症狀沒改善且變嚴重，假如您是吳同學，以下何者最符合你的做法？

(A)我會繼續吃完所有的藥再說 (B)我會增加藥量，改為每次吃2錠

(C)我會再找醫師看診，並告知現在吃的藥 (D)我會到藥局再買胃藥與現在的藥一起吃

1. 醫師說如果之後還有同樣的問題可以自行到藥局購買「安胃錠（ANTAGEL）」這個藥，當吳同學外出旅遊時，突然覺得胃痛，而附近藥局沒有賣「安胃錠（ANTAGEL）」這個藥品，假如您是吳同學，以下何者最符合你的做法？

(A)我會告訴藥師胃痛要買止痛藥

(B)我會請藥師直接推薦類似的藥品

(C)我會跟藥師說要買白色圓型的胃藥

(D)我會跟藥師說明目前症狀及之前的用藥情況，再討論是否有其他適合的藥品

**第六部分 廣告題**

|  |
| --- |
| 填答說明：以下是一則購物台的藥品廣告，請依據廣告上之資訊，回答下列問題。 |

|  |
| --- |
| **速速纖美錠**  衛署成製字第100000號  衛部藥廣字10503000號  你想擁有曼妙的身材嗎？你想要有白晰透亮的皮膚嗎？  **速速纖美錠**  全國首創唯一採用國外最新奈米科技  經動物實驗證明兼具減肥、豐胸、美白三大功能  經多位專業醫師及知名藝人推薦  一次徹底改善惱人的問題  一天三粒，立即見效  找回自信，美麗再現  ～腰瘦專線：0800-333-333 瘦瘦購物台～  ～會員優惠價：NT 5353元/盒；語音訂購再九折優惠～ |

**以上是成藥-速纖美碇的廣告，請根據廣告內容回答下列問題：**

1. 當你要判斷這藥品是否合法時，以下何者最符合你的做法？

(A) 我會打購物台電話詢問

(B) 我會上網詢問網友

(C) 我會到衛生福利部網站查詢

(D) 我會根據廣告上醫師的推薦

1. 根據這則廣告，下列敘述何者最符合你的想法？

(A) 「成藥」是不可以廣告的

(B) 標示「衛部藥廣字10503000號」是代表衛生福利部核准的廣告

(C) 購物台是可以販賣藥品

(D) 「立即見效」不是誇大的廣告詞

1. 您覺得這則廣告還有什麼資訊是沒有告訴民眾的？

(A) 產品的療效

(B) 使用上的注意事項

(C) 是誰代言產品

(D) 藥品使用的方法

1. 這則廣告有許多不合法規的用詞可能會被主管機關罰款，您覺得為何購物台還在廣告呢？

(A) 這則藥品廣告是完全合法

(B) 購物台不知道這則藥品廣告不合法規

(C) 因為廠商的利潤比罰款高，有利可圖

(D) 因為太有療效了，一定要與大家分享

**第七部分　經驗題**

| 填答說明：請依照您過去一年的情況，勾選適合選項。 |
| --- |

|  | **(1)**  **是** | **(2)**  **否** |
| --- | --- | --- |
| 1. 過去一年，您是否有接收過正確用藥五大核心能力相關訊息？ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否有去看過醫師（就醫）？　　　　　　若答**否**，請跳答第**7**題 |  |  |
| 1. 過去一年，您看醫師時是否會清楚表達自己的身體狀況？ |  |  |
| 1. 過去一年，您吃藥前是否會看藥袋上說明的使用時間、用量及方法？ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否曾未遵照醫生或藥袋的指示用藥而自行調整藥量？ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否曾因藥品副作用而自行停藥？ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否曾到藥局或藥妝店購買藥品？　　　若答**否**，請跳答第**17**題 |  |  |
| 1. 過去一年您在**購買藥品時**，是否會告訴藥師您的症狀？ |  |  |
| 1. 過去一年您在**購買藥品時**，是否會詢問藥師藥品的使用方法及注意事項？ |  |  |
| 1. 過去一年您在**購買藥品時**，藥師是否會告訴你的藥品可能產生的副作用及建議？ |  |  |
| 1. 過去一年您在**購買藥品時**，藥師是否會告訴你如何使用該藥品？ |  |  |
| 1. 過去一年您在**購買藥品時**，是否會檢查包裝上有無衛生福利部核准藥品許可證字號？ |  |  |
| 1. 過去一年您在**購買藥品時**，是否會閱讀藥品外盒的何種資訊？　**可複選** |  |  |
| 1. 藥品名稱 |  |  |
| 1. 有效成分 |  |  |
| 1. 適應症（用途） |  |  |
| 1. 用法用量 |  |  |
| 1. 使用效期 |  |  |
| 1. 儲存條件 |  |  |
| 1. 衛生福利部核准藥品許可證字號 |  |  |
| 1. 過去一年，您是否能了解所購買藥品外盒上的說明（如服用方法及注意事項等）？ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否了解所購買藥品的類別是處方藥、指示藥品還是成藥？ |  |  |
| 1. 過去一年，您在用完藥品之前，是否會保留藥品外盒及說明書？ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否曾使用藥局購買的藥品？　　　　　若答**否**，請跳答第**23**題 |  |  |
| 1. 過去一年您**使用指示藥或成藥前**，是否會閱讀外盒或說明書？ |  |  |
| 1. 過去一年，是誰提供您指示藥或成藥的使用資訊？　**可複選** |  |  |
| 1. 藥師 |  |  |
| 1. 其他醫療專業人員（非醫師、藥師） |  |  |
| 1. 自己看藥盒或說明書的標示 |  |  |
| 1. 家裡長輩（父母、祖父母等） |  |  |
| 1. 兄弟姊妹 |  |  |
| 1. 學校老師 |  |  |
| 1. 同學、朋友 |  |  |
| 1. 網友 |  |  |
| 1. 其他（請說明）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否曾將指示藥或成藥與醫師開立的處方藥一同使用？ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否曾自行增加藥品的使用劑量，或使用次數超過外盒或說明書的建議？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　若答**否**，請跳答第**23**題 |  |  |
| 1. 過去一年，您自行增加藥品使用劑量或次數超過建議的原因？　**可複選** |  |  |
| 1. 覺得會好的比較快 |  |  |
| 1. 因為症狀變得更嚴重 |  |  |
| 1. 覺得指示藥、成藥的藥效比較弱 |  |  |
| 1. 其他（請說明）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |  |  |
| 1. 過去一年，您使用指示藥或成藥來治療什麼症狀？　**可複選** |  |  |
| 1. 頭痛、疼痛 |  |  |
| 1. 咳嗽/感冒 |  |  |
| 1. 發燒 |  |  |
| 1. 胃部不適（如胃酸過多、消化不良等） |  |  |
| 1. 腸道不適（如腹瀉、便秘等） |  |  |
| 1. 過敏 |  |  |
| 1. 減肥 |  |  |
| 1. 眼睛疾病 |  |  |
| 1. 經痛 |  |  |
| 1. 其他（請說明）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否會留意居家附近的診所、藥局的位置及電話？ |  |  |
| 1. 過去一年，您家中常用通訊錄是否有藥師諮詢電話？ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否曾撥打過藥袋或藥局的藥品諮詢電話？ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否曾詢問醫師或藥師關於藥品使用的相關問題？ |  |  |
| 1. 過去一年，您是否曾經用下列方式取得藥品？ |  |  |
| 1. 親朋好友介紹的藥品 |  |  |
| 1. 看電視廣告買藥 |  |  |
| 1. 聽廣播宣傳買藥 |  |  |
| 1. 上網路買藥 |  |  |
| 1. 在公園或廟口或市場或遊覽車、旅遊休息站買藥 |  |  |
| 1. 從國外攜帶回來的藥品 |  |  |
| 1. 推拿、按摩、氣功師父介紹的藥品 |  |  |
| 1. 過去一年，您曾經勸阻過家人或親朋好友不買及不使用來路不明的藥品幾次？\_\_\_\_\_\_次請填次數 | | |

|  |
| --- |
| 填答說明：本部份是想瞭解您下列行為的狀況，請您從5個選項中，勾選出最接近您實際狀況的答案。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (1)  從未  使用過 | (2)  曾經  一年前  使用過 | (3)  很少  一年內  數次 | (4)  有時  一個月  數次 | (5)  經常  一星期  數次 |
| 1. 喝提神飲料，如蠻牛等 |  |  |  |  |  |
| 1. 服用制酸劑（胃藥） |  |  |  |  |  |
| 1. 服用**至藥局購買的**制酸劑（胃藥） |  |  |  |  |  |
| 1. 服用感冒/咳嗽藥 |  |  |  |  |  |
| 1. 服用**至藥局購買的**綜合感冒藥（如斯斯、伏冒） |  |  |  |  |  |
| 1. 服用解熱鎮痛藥（如普拿疼） |  |  |  |  |  |
| 1. 服用**至藥局購買的**解熱鎮痛藥（如普拿疼） |  |  |  |  |  |
| 1. 使用非類固醇消炎止痛藥（如阿斯匹靈、非炎） |  |  |  |  |  |
| 1. 使用**至藥局購買的**非類固醇消炎止痛藥 （如肌樂噴劑、肌立酸痛藥布） |  |  |  |  |  |
| 1. 服用減肥藥 |  |  |  |  |  |
| 1. 服用鎮靜安眠藥 |  |  |  |  |  |
| 1. 喝酒 |  |  |  |  |  |
| 1. 吸菸 |  |  |  |  |  |

**第八部分　活動題**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **填答說明：您的學校是否有辦過下列活動？** | (1)  有此類活動 | (2)  無此類活動 |
| 1. 正確用藥課程教學 |  |  |
| 1. 正確用藥才藝比賽（如海報、作文、歌曲、短片等） |  |  |
| 1. 藥師或其他專業人員宣講活動 |  |  |
| 1. 正確用藥行銷活動，如網站、校刊 |  |  |
| 1. 拜訪社區藥局（或拜訪醫師、藥師） |  |  |
| 1. 社區正確用藥宣導活動 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **填答說明：若有辦過，您覺得對增進正確用藥的概念之幫助程度為何？** | (1)  有幫助 | (2)  沒有幫助 |
| 1. 正確用藥課程教學 |  |  |
| 1. 正確用藥才藝比賽（如海報、作文、歌曲、短片等） |  |  |
| 1. 藥師或其他專業人員宣講活動 |  |  |
| 1. 正確用藥行銷活動，如網站、校刊 |  |  |
| 1. 拜訪社區藥局（或拜訪醫師、藥師） |  |  |
| 1. 社區正確用藥宣導活動 |  |  |



**題目到此全部結束，非常謝謝您的協助！**

**敬祝身體健康！**