

# 福建省卫生厅

闽卫医函〔2012〕33号

## 福建省卫生厅转发卫生部办公厅关于印发 《自愿戒毒协议》《入院戒毒记录》的通知

各设区市卫生局，平潭综合实验区管委会办公室，厅直属各医疗单位，福建医大、中医药大学各附属医院：

现将《卫生部办公厅关于印发〈自愿戒毒协议〉〈入院戒毒记录〉的通知》（卫办医政函〔2011〕1181号）转发给你们，请遵照执行。



二〇一二年一月十五日

（信息公开形式：主动公开）

# 中华人民共和国卫生部

卫办医政函〔2011〕1181号

## 卫生部办公厅关于印发《自愿戒毒协议》 《入院戒毒记录》的通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局、新疆生产建设兵团卫生局：

为贯彻落实《中华人民共和国禁毒法》、《戒毒条例》等法律法规，进一步加强戒毒医疗服务管理，保证戒治质量和安全，我部组织制定了《自愿戒毒协议》和《入院戒毒记录》。现印发给你们，请遵照执行。执行中遇到的情况及问题，请及时报我部医政司。

各地可结合实际，进一步细化《自愿戒毒协议》条款，维护好戒治双方权益。戒毒医疗住院病案首页及病历其他部分的书写，仍然按照我部有关规定执行。

联系人：卫生部医政司 曲毅、李文婧

联系电话：010—68792729、68792194



二〇一一年十二月二十日

(信息公开形式：主动公开)

# 自愿戒毒协议

甲方（医院）： \_\_\_\_\_  
乙方（戒毒人员）： \_\_\_\_\_

根据《中华人民共和国禁毒法》和《戒毒条例》等法律法规，为规范戒毒医疗工作，提高戒毒诊疗水平，切实保障甲乙双方合法权益，双方签订本协议，共同遵守协议条款。

## 一、甲方义务

（一）符合卫生行政部门规定的条件，经所在地省级卫生行政部门批准，具备开展戒毒医疗服务的资质。

（二）戒毒治疗方法、措施符合卫生行政部门有关规定。

（三）按照卫生部制定的诊疗规范，采取药物治疗、心理干预、行为矫治等治疗措施，针对乙方具体情况制定戒毒治疗方案。根据诊疗科目、诊疗条件及临床需要兼顾对乙方其他疾病的治疗。

（四）戒毒医疗使用的药物、制剂、医疗器械等符合国家有关规定。

（五）依法告知戒毒人员治疗方案、效果、医疗风险和费用及其他戒毒医疗要求等。

（六）依法保护戒毒人员的隐私，对其个人信息保密，不侮辱、歧视戒毒人员。

（七）按照有关规定，对戒毒人员进行艾滋病、肺结核、肝炎、性病等传染病的检测，并进行传染病防治知识教育和咨询。

(八) 按照戒毒医疗机构所在地政府价格主管部门及卫生行政部门有关规定收取医疗费用。

(九) 戒毒医疗期间，乙方由于吸毒症状出现难以预料或防范的自伤、自残、自杀等行为，或突发严重躯体疾病，甲方应当立即告知家属，积极抢救治疗。

## 二、甲方权利

(十) 根据戒毒医疗需要，为防止毒品等违禁物品进入医疗机构，可以检查乙方身体及其携带物品。经检查发现的可疑物品交由公安机关处理。

(十一) 戒毒医疗期间，发现乙方有危及自身或他人安全的行为时，可以对其采取必要的临时保护性约束措施。

(十二) 有下列情况之一的，可以终止对乙方的戒毒治疗：

1. 不遵守管理制度，严重影响医疗机构诊疗秩序和正常工作的；
2. 无正当理由不接受规范治疗或不服从合理治疗安排的；
3. 发现其他严重并发症或者疾病不适宜继续接受治疗，或戒毒医疗机构不具备救治能力的；
4. 拖欠医疗费或戒毒疗程结束后，不办理出院手续的。

## 三、乙方义务

(一) 乙方不得将以下物品带进医疗机构，因私自携带导致不良后果的，责任自负：

1. 麻醉药品、精神药品等违禁药品；
2. 刀、剪、绳索以及电器等危险用品；
3. 烟、酒、食品、饮料等日常生活用品。

(二) 乙方携带的现金、银行卡、各种证件、贵重物品等，由甲方指定的工作人员登记造册，统一保管。未经登记保管丢失的，责任自负。

(三) 配合接受体格检查及其他相关医疗检测，提供真实病史。因隐瞒、编造病情影响戒毒治疗的，或治疗期间私自使用违禁药品造成严重后果的，责任自负。

(四) 遵守医疗机构规章制度，尊重工作人员，讲文明礼貌，服从管理。在医护人员的监督下服药，不得擅自索要药物。如需与外界联系，须经工作人员批准。

(五) 爱护医疗场所设施、装备，损坏公物的要按价赔偿。

(六) 戒毒治疗期间如出现危重病情，家属接到通知后应当立即配合甲方进行抢救和治疗。

(七) 按照规定缴纳医疗费等各项费用。

#### **四、乙方权利**

(八) 吸毒成瘾是慢性复发性脑病，乙方有权力接受科学合理的综合治疗和康复，防止复吸。

(九) 乙方对以下事项享有知情权：

1. 戒毒治疗方案及费用；
2. 戒毒治疗过程可能会出现的药物不良反应；
3. 戒毒治疗存在的潜在风险；
4. 法律法规已有规定的。

(十) 戒毒治疗期间生活必需品及部分食品，由戒毒医疗机构工作人员统一代购。

本协议有效日期从签订时生效至出院时终止。

甲方代表（医院负责人）：

（签名）

\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

乙方代表（戒毒人员/监护人/委托代理人）：

（签名）

\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

## 入院戒毒记录

门诊号 \_\_\_\_\_

住院号 \_\_\_\_\_

基本信息																																			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄	<input type="checkbox"/> 岁	民族	<input type="checkbox"/> 汉族 <input type="checkbox"/> 其他民族																												
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 未婚同居 <input type="checkbox"/> 已婚/再婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明) _____																																		
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□																																		
出生地	_____省 (自治区/直辖市) _____市 (地) _____县 (市/区)																																		
现居住地	_____省 (自治区/直辖市) _____市 (地) _____县 (市/区)																																		
文化	<input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中/中专 <input type="checkbox"/> 大学/大专 <input type="checkbox"/> 大学以上																																		
职业	<input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 娱乐场所 <input type="checkbox"/> 演艺 <input type="checkbox"/> 交通运输 <input type="checkbox"/> 公务员 <input type="checkbox"/> 自由职业 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 外出务工 <input type="checkbox"/> 在校学生 <input type="checkbox"/> 企事业单位职工/工人 <input type="checkbox"/> 外企/合资 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明) _____																																		
联系人姓名		关系		联系电话																															
病史供述者		关系		联系电话																															
可靠程度	<input type="checkbox"/> 可靠 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不可靠			病史供述者签名																															
住院次数	<input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 再次 <input type="checkbox"/> 3次或以上			入院日期	□□□□年□□月□□日																														
<b>主诉</b>																																			
<b>现病史</b>																																			
初次滥用药物时间	□□□□年□□月□□日																																		
末次滥用药物时间	□□□□年□□月□□日□□时□□分																																		
戒断反应出现时间	□□□□年□□月□□日□□时□□分 <input type="checkbox"/> 未出现																																		
末次滥用药物名称				末次滥用药物剂量																															
最长操守时间				实际吸毒时间																															
戒断反应症状: (多项选择, 须回答)																																			
<input type="checkbox"/> 畏寒 <input type="checkbox"/> 恶心 <input type="checkbox"/> 呕吐 <input type="checkbox"/> 喷嚏 <input type="checkbox"/> 流眼泪 <input type="checkbox"/> 流鼻涕 <input type="checkbox"/> 鸡皮疙瘩 <input type="checkbox"/> 出汗 <input type="checkbox"/> 打哈欠 <input type="checkbox"/> 发热 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 骨痛 <input type="checkbox"/> 关节痛 <input type="checkbox"/> 肌肉痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 情绪恶劣 <input type="checkbox"/> 心慌 <input type="checkbox"/> 震颤 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 自伤自残 <input type="checkbox"/> 其他症状, 请注明 _____ <input type="checkbox"/> 无																																			
过去 12 个月曾经滥用药物: (多项选择, 须回答)																																			
<input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 阿片 <input type="checkbox"/> 杜冷丁 <input type="checkbox"/> 二氢埃托啡 (□含片) <input type="checkbox"/> 美沙酮 <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> 可卡因 <input type="checkbox"/> 摇头丸 <input type="checkbox"/> 冰毒 <input type="checkbox"/> 麻谷丸 <input type="checkbox"/> K 粉 (氯胺酮) <input type="checkbox"/> γ-羟丁酸 (G 毒) <input type="checkbox"/> 麻黄素 (小马) <input type="checkbox"/> 安纳咖 (烫片片) <input type="checkbox"/> 底料+黄皮 <input type="checkbox"/> 曲马多 <input type="checkbox"/> 丁丙诺啡片 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 三唑仑 <input type="checkbox"/> 联邦止咳露 <input type="checkbox"/> 其他止咳药水, 请写出名称 _____ <input type="checkbox"/> 复方地芬诺酯 (小白药) <input type="checkbox"/> 复方甘草片 <input type="checkbox"/> 右美沙芬 (美沙芬) <input type="checkbox"/> 其他药物, 请注明 _____																																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">主要滥用药物</th> <th style="width: 10%;">首次滥用</th> <th style="width: 15%;">获得主要途径</th> <th style="width: 15%;">主要使用方式</th> <th style="width: 10%;">滥用次数</th> <th style="width: 10%;">通常每次用量</th> <th style="width: 10%;">通常每次</th> </tr> <tr> <th>名称或俗称</th> <th>年龄</th> <th>选择或描述</th> <th>选择或描述</th> <th>划√选择计算时间单位</th> <th>请写明重量 (单位)</th> <th>花费</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) _____,</td> <td>□□岁,</td> <td>_____,</td> <td>_____,</td> <td>每日/周/月约□□次,</td> <td>_____ ( ),</td> <td>_____元</td> </tr> <tr> <td>2) _____,</td> <td>□□岁,</td> <td>_____,</td> <td>_____,</td> <td>每日/周/月约□□次,</td> <td>_____ ( ),</td> <td>_____元</td> </tr> </tbody> </table>								主要滥用药物	首次滥用	获得主要途径	主要使用方式	滥用次数	通常每次用量	通常每次	名称或俗称	年龄	选择或描述	选择或描述	划√选择计算时间单位	请写明重量 (单位)	花费	1) _____,	□□岁,	_____,	_____,	每日/周/月约□□次,	_____ ( ),	_____元	2) _____,	□□岁,	_____,	_____,	每日/周/月约□□次,	_____ ( ),	_____元
主要滥用药物	首次滥用	获得主要途径	主要使用方式	滥用次数	通常每次用量	通常每次																													
名称或俗称	年龄	选择或描述	选择或描述	划√选择计算时间单位	请写明重量 (单位)	花费																													
1) _____,	□□岁,	_____,	_____,	每日/周/月约□□次,	_____ ( ),	_____元																													
2) _____,	□□岁,	_____,	_____,	每日/周/月约□□次,	_____ ( ),	_____元																													

3) _____, □□岁, _____, _____, 每日/周/月约□□次, _____ ( ), _____元	
4) _____, □□岁, _____, _____, 每日/周/月约□□次, _____ ( ), _____元	
注: 获得主要途径: (1) 同伴, (2) 亲友, (3) 娱乐场所, (4) 电话信息, (5) 零售药店, (6) 个体诊所, (7) 医院, (8) 便利店/小卖部, (9) 其他(注明)	
主要使用方式: (1) 静脉注射, (2) 肌内/皮下注射, (3) 烫吸, (4) 鼻吸, (5) 烟熏吸, (6) 香烟吸, (7) 口服, (8) 溶入饮料, (9) 其他(注明)	
如果“主要使用方式”选择“静脉/肌内/皮下/动脉注射”, 请回答过去 12 个月是否与他人共用注射器	□是 □否
过量中毒	□无 □有, 请注明是否经过抢救
首次滥用药物主要原因: (多项选择, 须回答)	
□家人或同伴影响/教唆 □追求欣快、刺激 □认为“时尚” □满足好奇 □空虚无聊, 为消遣 □吸毒环境影响 □增加性功能 □缓解烦恼、抑郁情绪 □被诱骗、逼迫 □满足对药物渴求 □缓解戒断症状 □代替其他毒品 □其他(注明)	
过去 12 个月滥用药物主要原因: (多项选择, 须回答)	
□家人或同伴影响/教唆 □追求欣快、刺激 □认为“时尚” □满足好奇 □空虚无聊, 为消遣 □吸毒环境影响 □增加性功能 □缓解烦恼、抑郁情绪 □被诱骗、逼迫 □满足对药物渴求 □缓解戒断症状 □代替其他毒品 □其他(注明)	
过去 12 个月滥用药物主要场所: (多项选择, 须回答)	
□自家场所 □朋友处 □暂住地/出租屋 □宾馆/饭店 □夜总会/KTV 歌厅 □网吧/游艺厅 □洗浴中心/美容院 □无固定地点 □其他场所(注明)	
滥用药物以来精神和躯体的变化: (多项选择, 须回答)	
□ 自私 □不知羞耻 □爱说谎 □生活懒散 □不关心家人 □明显消瘦 □严重的皮肤损害 □腹痛 □腹泻 □其他躯体及精神症状, 请注明	
_____	
_____	
<b>既往史</b>	
既往戒毒史	□无 □有: 强制戒毒____次, 劳教____次, 在本院戒毒____次。
传染病史	□无 □有(具体说明) _____
精神病史	□无 □有(具体说明) _____
其他疾病史	□无 □有(具体说明) _____
药物过敏史	□无 □有(具体说明) _____
<b>个人史</b>	
幼年时主要抚养人	□父母 □单亲 □祖父母/外祖父母 □其他亲戚
家庭关系	□和睦 □一般 □不和 □破裂
特殊生活事件	□无 □有, 请注明 _____
<b>性行为史</b>	
不洁性行为	□无 □有, 请注明 _____
多个性伴侣: □无 □有	性取向: □异性 □同性 □双向
吸毒前性格	□任性 □好胜 □怪僻 □冲动 □倔强 □固执 □暴躁 □自尊差 □多疑 □外向 □好交际 □自信 □爱静 □少语 □孤僻 □随和 □其他 _____

<b>月经史</b>			
初潮	□□岁	经期	□规律 □不规律, 描述 _____
孕□□产□□	流产: □无 □有 (具体说明) _____		末次月经时间: □□□□年□□月□□日
<b>家族史</b>			
物质滥用史	□无 □有, 请注明 _____		
精神病史	□无 □有, 请注明 _____		
遗传病史	□无 □有, 请注明 _____		
<b>体格检查</b>			
T _____ °C	P _____ 次/分	R _____ 次/分	BP _____ / _____ mmHg
<b>一般情况</b>			
发育	□良好 □一般 □差	营养	□良好 □一般 □差
皮肤	□无损害 □皮疹 □纹身 □伤疤 □溃疡 □脓肿 □坏死 □针痕 □水肿 □灼痕 □其他, 具体部位及异常情况描述 _____		
淋巴结肿大	□无 □有 (如有, 继续下列选项)		
颌下	□无 □有, 请注明 _____		
颈	□无 □有, 请注明 _____		
腋下	□无 □有, 请注明 _____		
腹股沟部	□无 □有, 请注明 _____		
其他部位	□无 □有, 请注明 _____		
<b>头部</b>			
眼	眼睑: □正常 □异常; 结膜: □正常 □异常; 巩膜: □正常 □异常; 角膜: □正常 □异常。 异常情况说明: _____		
瞳孔	大小: 左 _____ mm 右 _____ mm	形状: □圆形, 对称 □不对称: □圆形 □椭圆形 □不规则形; 对光反应: □灵敏 □迟钝 □消失	
耳	外形: □正常 □异常, 请注明 _____		外耳道分泌物: □无 □有, 请注明 _____
乳突部压痛	□无 □有, 请注明 _____		
鼻	□正常 □出血 □中隔穿孔, 请注明 _____		
副鼻窦压痛	□无 □有, 请注明 _____		
口腔	唇颜色: □红润 □苍白 □紫绀 □其他异常 _____		
牙齿	□正常 □龋齿 □缺齿 □残根 □假牙, 异常情况说明 _____		
咽部	充血: □无 □有		扁桃体: □正常 □肿大 □脓点
<b>颈部</b>			
颈静脉	□正常 □充盈 □怒张		
气管位置	□居中 □偏左 □偏右		
甲状腺	□正常 □肿大, 请注明 _____; 结节: □无 □有, 请注明 _____		
<b>胸部</b>			

视诊	外形： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 扁平胸 <input type="checkbox"/> 桶状胸 <input type="checkbox"/> 鸡胸 <input type="checkbox"/> 其他异常，请注明_____	
	呼吸运动： <input type="checkbox"/> 自如 <input type="checkbox"/> 受限 <input type="checkbox"/> 窘迫 心尖搏动： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常，锁骨中线外_____厘米	
触诊	肺_____	心_____
叩诊	肺： <input type="checkbox"/> 清音 <input type="checkbox"/> 浊音 <input type="checkbox"/> 鼓音 <input type="checkbox"/> 实音 <input type="checkbox"/> 其他异常，请注明_____	
	心界： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常，请注明_____	
听诊	肺： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 粗糙 <input type="checkbox"/> 啰音(干、湿) <input type="checkbox"/> 哮鸣音 <input type="checkbox"/> 摩擦音 <input type="checkbox"/> 其他异常，请注明_____；	
	心率： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 次/分，心律： <input type="checkbox"/> 规则 <input type="checkbox"/> 不规则，请注明_____；	
	心音： <input type="checkbox"/> 适中 <input type="checkbox"/> 增强 <input type="checkbox"/> 减弱；病理性杂音： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，请注明_____。	
<b>腹部</b>		
视诊	外形： <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 膨隆 <input type="checkbox"/> 舟状腹	静脉曲张： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，请注明_____
触诊	压痛： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有；反跳痛： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有；包块： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	肝： <input type="checkbox"/> 未触及 <input type="checkbox"/> 触及，肋下_____cm，剑突下_____cm；质地： <input type="checkbox"/> 软 <input type="checkbox"/> 硬	
	脾： <input type="checkbox"/> 未触及 <input type="checkbox"/> 触及，肋下_____cm，剑突下_____cm；质地： <input type="checkbox"/> 软 <input type="checkbox"/> 硬	
叩诊	移动性浊音： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	肾区叩痛： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
听诊	肠鸣音： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 活跃/亢进 <input type="checkbox"/> 减弱 <input type="checkbox"/> 消失	
外生殖器	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 溃疡 <input type="checkbox"/> 湿疣 <input type="checkbox"/> 炎症伴_____性分泌物	
肛门	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 湿疣 <input type="checkbox"/> 溃疡 <input type="checkbox"/> 其他异常，请注明_____	
<b>脊柱</b>		
畸形： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 侧弯 <input type="checkbox"/> 后凸	压痛： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，请注明_____	
叩痛： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，请注明_____	活动度： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 受限，请注明_____	
<b>四肢</b>		
活动： <input type="checkbox"/> 自如 <input type="checkbox"/> 异常，请注明_____	肌张力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 增高 <input type="checkbox"/> 减低	
血管走行： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常，请注明_____		
血管搏动： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，请注明_____		
<b>神经系统检查</b>		
1. 头颅大小： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常，请注明_____；形状： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常，请注明_____；		
压痛： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，请注明_____。		
2. 颅神经： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常，请注明_____		
3. 运动功能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常，请注明_____		
4. 感觉功能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常，请注明_____		
5. 生理反射： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常，请注明_____		
6. 病理反射： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，请注明_____		
<b>精神检查</b>		
<b>一般情况</b>		
主动性： <input type="checkbox"/> 主动 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 被动	合作程度： <input type="checkbox"/> 合作 <input type="checkbox"/> 欠合作 <input type="checkbox"/> 不合作 <input type="checkbox"/> 抗拒	

<b>意识状况</b>		
意识障碍： <input type="checkbox"/> 无异常 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 谵妄状态 <input type="checkbox"/> 精神错乱状态 <input type="checkbox"/> 昏迷		
时间定向： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 丧失	地点定向： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 丧失	人物定向： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 丧失
<b>认知活动</b>		
感觉	<input type="checkbox"/> 无异常 <input type="checkbox"/> 增强 <input type="checkbox"/> 减弱 <input type="checkbox"/> 内感性不适	
知觉	幻听： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 言语性幻听 <input type="checkbox"/> 非言语性幻听； 幻视： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 恐怖性 <input type="checkbox"/> 非恐怖性 其他幻觉： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，请注明_____	
感知综合障碍	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，请注明_____	
思维	过程： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 思维奔逸 <input type="checkbox"/> 思维迟缓 <input type="checkbox"/> 瓦解的言语 <input type="checkbox"/> 言语贫乏 内容： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 关系妄想 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 夸大妄想 <input type="checkbox"/> 嫉妒妄想 <input type="checkbox"/> 被控制妄想 <input type="checkbox"/> 思维被插入 <input type="checkbox"/> 思维被夺取 <input type="checkbox"/> 思维广播 <input type="checkbox"/> 其他妄想，请注明_____	
记忆	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 减退 <input type="checkbox"/> 遗忘 <input type="checkbox"/> 错构症 <input type="checkbox"/> 虚构症	
智能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常，请注明_____	
自知力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不全 <input type="checkbox"/> 缺乏	
<b>情感活动</b>		
<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高涨 <input type="checkbox"/> 低落 <input type="checkbox"/> 焦虑 <input type="checkbox"/> 情绪不稳 <input type="checkbox"/> 情感平淡 <input type="checkbox"/> 情感淡漠 <input type="checkbox"/> 恐惧 <input type="checkbox"/> 易激惹 <input type="checkbox"/> 明显不恰当的情感 <input type="checkbox"/> 自伤或自杀的念头 <input type="checkbox"/> 其他异常，请注明_____		
<b>意志行为</b>		
<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 意志减退 <input type="checkbox"/> 自伤或自杀的行为 <input type="checkbox"/> 其他异常，请注明_____		
<b>实验室检查及特殊检查结果</b>		
尿液检查阳性： <input type="checkbox"/> 甲基苯丙胺 <input type="checkbox"/> 氯胺酮 <input type="checkbox"/> 甲二氧甲基苯丙胺 <input type="checkbox"/> 吗啡 <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> 可卡因 <input type="checkbox"/> 其他，请注明_____		
艾滋病检测： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性		
其他检测： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性，请注明_____		
<b>心理测查及结果</b>		
入院诊断：		
医师签名：×××/×××		
记录日期：□□□□年□□月□□日		

**主题词：医政 戒毒 医疗 通知**

抄送：省建新医院。

福州市卫生局办公室

2012年1月31日印发