



**HUNTERDON COUNTY DIVISION OF HEALTH
EMERGENCY MEDICATION DISTRIBUTION
JEM METHOD FORM
Doxy Preferred Medication Form**



回答下列 1-6 問題，請就您自己和與您同住的所有家庭成員作答，如果是請圈選是，如果沒有請圈選否
Circle yes (Y) or no (N) to Questions 1-6 about yourself and all family members living with you

問題 Question	本人 SELF	家庭成員 1 Family Member #1	家庭成員 2 Family Member #2	家庭成員 3 Family Member #3	家庭成員 4 Family Member #4	家庭成員 5 Family Member #5
1. 對下列抗生素過敏 Doxycycline/ Tetracycline? (Allergy to Doxycycline /Tetracycline?)	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
2. 服用 Coumadin (抗凝劑), Tegretol 或是 Phenobarbital (抗癲癇藥物)? (Take Coumadin (blood thinner), Tegretol or Phenobarbital (seizures))	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
3. 懷孕, 補乳或者 8 歲以下 (Pregnant, breastfeeding or Age under 8)	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
4. 對 Ciprofloxacin (抗生素)過敏? (Allergic to Ciprofloxacin?)	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
5. 有腎臟疾患? (Kidney/Renal Disease?)	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
6. 服用 Glyburide (降血糖藥) 或 Theophylline (抗氣喘藥)? (Take glyburide (diabetes) or Theophylline (asthma)?)	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
以下為工作人員使用，請勿填寫 (Do not write below this line)						
Doxycycline Candidate? Q1-3 is all N (否)	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Ciprofloxacin Candidate? Q4-6 is all N(否)	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Medication Given	D C	D C	D C	D C	D C	D C

(是 = YES; 否 = NO)

NOTE if unable to receive either Doxy or Cipro refer them to their primary MD.

Total Doxy Distributed: _____

Total Cipro Distributed: _____

Total Regimen Distributed: _____