# PT-F001 患者基本資料表

| 文件編號 | PT-F001 | 版本 | A |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名稱 | 患者基本資料表 | 頁碼 | 1/2 |
| 制定部門 | 物理治療部 | 批准 | 總院長 |
| 制定日期 | 2024年1月1日 | 實施日期 | 2024年1月1日 |

## 個人基本資料

| 填表日期 | 年 月 日 | 病歷號碼 |  |
| --- | --- | --- | --- |

### 基本資料

| 姓名 |  | 性別 | □男 □女 □其他 |
| --- | --- | --- | --- |
| 出生日期 | 年 月 日 | 年齡 |  |
| 身分證號碼 |  | 手機號碼 |  |
| 電子郵件 |  | 其他聯絡方式 |  |
| 聯絡地址 |  |  |  |
| 職業 |  | 工作性質 | □久站 □久坐 □經常提重物 □其他： |
| 緊急聯絡人 |  | 關係 |  |
| 緊急聯絡電話 |  |  |  |
| 轉診單位/醫師 |  | 轉診日期 |  |

### 保險資料

| 保險類型 | □健保 □勞保 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |
| 是否有醫療保險理賠需求 | □否 □是（請說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |

## 健康狀況評估

### 主訴

描述目前症狀及其開始時間：

### 病史

| 過去病史 | □無 □高血壓 □糖尿病 □心臟疾病 □腦血管疾病 □癌症 □骨質疏鬆 |
| --- | --- |
|  | □關節炎 □其他： |
| 過去手術史 | □無 □有（請說明手術名稱及日期）： |
| 過去創傷史 | □無 □有（請說明傷害類型及日期）： |
| 過去物理治療經驗 | □無 □有（請說明治療時間及原因）： |
| 過敏史 | □無 □藥物過敏（藥名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |
|  | □食物過敏（食物名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |
|  | □其他過敏（說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |

### 目前用藥情況

| 藥物名稱 | 劑量 | 頻率 | 服用目的 |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## 健康生活型態調查

| 吸菸習慣 | □無 □有（每天約\_\_\_\_\_\_支，已吸菸\_\_\_\_\_\_年） |
| --- | --- |
| 飲酒習慣 | □無 □有（頻率：\_\_\_\_\_\_\_\_，量：\_\_\_\_\_\_\_\_） |
| 運動習慣 | □無 □有（運動類型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |
|  | （頻率：\_\_\_\_\_\_\_\_次/週，每次時間：\_\_\_\_\_\_\_\_分鐘） |
| 睡眠狀況 | 平均每天睡眠時間：\_\_\_\_\_\_\_\_小時 |
|  | 睡眠品質：□良好 □一般 □欠佳 |
|  | 是否有睡眠問題：□無 □失眠 □早醒 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## 功能狀態評估

### 日常生活活動（ADL）能力

| 活動項目 | 完全獨立 | 需要協助 | 完全依賴 | 不適用 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 進食 | □ | □ | □ | □ |
| 個人衛生 | □ | □ | □ | □ |
| 穿衣 | □ | □ | □ | □ |
| 洗澡 | □ | □ | □ | □ |
| 如廁 | □ | □ | □ | □ |
| 行走 | □ | □ | □ | □ |
| 上下樓梯 | □ | □ | □ | □ |

### 輔具使用

□無 □手杖 □拐杖 □助行器 □輪椅 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_

### 居家環境

□公寓/大樓 □透天厝 □平房 □安養機構 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_

樓層：□一樓 □\_\_\_\_樓，□有電梯 □無電梯

有無照顧者：□無 □有（關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）

## 患者期望與目標

治療期望：

期望達成的功能目標：

## 同意聲明

本人確認以上所填資料屬實，並同意Ohealth物理治療系統收集、處理及利用上述資料，作為治療評估與計劃擬定之用。

患者簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

（若為未成年人或無法親自簽名者）

代理人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 與患者關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 物理治療師初步評估記錄（由治療師填寫）

接診物理治療師：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

初步評估意見：

轉介建議：□無 □有（建議：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）

治療師簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日