# PT-F001 物理治療評估表

| 文件編號 | 版本 | 標題 | 頁碼 |
| --- | --- | --- | --- |
| PT-F001 | A | 物理治療評估表 | 1/2 |
| 擬制部門：物理治療部 | 批准：醫療部主任 | 制定日期：2024年1月1日 | 實施日期：2024年1月1日 |

## 病患基本資料

| 病患姓名： |  | 性別：□男 □女 | 年齡： |  | 病歷號碼： |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診斷： |  |  |  | 主治醫師： |  |  |
| 聯絡電話： |  |  |  | 緊急聯絡人： |  |  |
| 過敏史： |  |  |  | 重要病史： |  |  |

**評估日期**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **評估物理治療師**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 主觀評估

**主訴**：

**目前症狀及其特性**： - 發生時間： - 發生機制： - 疼痛性質：□刺痛 □鈍痛 □灼熱感 □麻木感 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - 疼痛評估（VAS 0-10）：靜止時\_\_\_\_\_\_ / 活動時\_\_\_\_\_\_ - 症狀加劇因素： - 症狀緩解因素：

**過去病史**： - 相關病史： - 過去治療史： - 用藥情況：

**日常生活活動能力**： □完全獨立 □需部分協助 □需完全協助 具體描述：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**患者期望與治療目標**：

## 客觀評估

### 1. 觀察

**姿勢評估**：

**步態評估**： □正常 □跛行 □需輔助器 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**皮膚狀況**： □正常 □紅腫 □瘀斑 □疤痕 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 2. 骨關節評估

| 關節部位 | 主動ROM | 被動ROM | 疼痛位置/程度 | 關節活動終點感 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### 3. 肌肉評估

| 肌肉/肌群 | 肌力(0-5) | 肌張力 | 壓痛點 | 備註 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### 4. 神經評估

**感覺測試**： □正常 □感覺過敏 □感覺遲鈍 □感覺缺失 分布區域：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**肌腱反射**： □正常 □亢進 □減弱 □消失 具體部位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**特殊神經測試**： □SLR測試: □+ □- □交叉SLR: □+ □- □頸部牽拉測試: □+ □- □ULTT: □+ □- □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 5. 功能測試

**平衡測試**： 靜態：□正常 □輕度受損 □中度受損 □重度受損 動態：□正常 □輕度受損 □中度受損 □重度受損

**協調性測試**： □正常 □異常，說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**功能性活動測試**： □坐→站：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □行走能力：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □上下樓梯：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 6. 特殊測試

| 測試名稱 | 結果 | 陽性意義 |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## 評估結論

**主要問題清單**： 1. 2. 3.

**ICF架構評估**： - **身體功能與結構障礙**： - **活動限制**： - **參與受限**： - **環境因素**： - **個人因素**：

**治療潛力預測**： □優 □良 □中 □差 理由：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 治療計畫建議

**短期目標（1-2週）**：

**長期目標（4週以上）**：

**建議治療方案**： □運動治療 □手法治療 □物理因子治療 □輔具評估與訓練 □居家運動計畫 □衛教指導 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**建議治療頻率**： □每週\_\_\_\_\_次 □每2週\_\_\_\_\_次 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**建議追蹤評估時間**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 評估物理治療師

簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*備註：本評估表一式兩份，一份存檔，一份納入病患醫療紀錄*

| 文件編號 | 版本 | 標題 | 頁碼 |
| --- | --- | --- | --- |
| PT-F001 | A | 物理治療評估表 | 2/2 |