# PT-F002 治療計劃表

| 文件編號 | PT-F002 | 版本 | A |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名稱 | 治療計劃表 | 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 |

## 基本資料

| 患者姓名 |  | 病歷號碼 |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 性別 | □男 □女 | 年齡 |  |
| 聯絡電話 |  | 緊急聯絡人 |  |
| 主治醫師 |  | 轉診醫師 |  |
| 計劃擬定日期 |  | 預計治療次數 |  |
| 主診斷 |  |  |  |
| 次診斷 |  |  |  |
| 相關病史 |  |  |  |
| 過敏史 | □無 □有（請說明： ） |  |  |
| 併發症/注意事項 | □無 □有（請說明： ） |  |  |

## 評估結果摘要

**主訴症狀**：

**功能限制**：

**疼痛評估**： - 部位： - 程度（VAS 0-10）： - 性質：□刺痛 □灼痛 □鈍痛 □脹痛 □其他：

**ROM限制**：

**肌力情況**：

**姿勢/步態異常**：

**特殊測試結果**：

**ADL 評估**：

**其他重要發現**：

## 治療目標

### 短期目標（1-2週）

### 中期目標（2-4週）

### 長期目標（4週以上）

## 治療計劃

### 治療方式與頻率

| 治療方式 | 頻率 | 持續時間 | 備註 |
| --- | --- | --- | --- |
| □手法治療 |  |  |  |
| □運動治療 |  |  |  |
| □物理因子 |  |  |  |
| □功能訓練 |  |  |  |
| □輔具評估/訓練 |  |  |  |
| □衛教指導 |  |  |  |
| □其他： |  |  |  |

### 詳細治療內容

**手法治療**： □關節鬆動術 □關節推動術 □軟組織鬆動術 □肌筋膜放鬆 □神經動力學 □肌能系貼紮 □肌肉能量技術 □其他：

具體操作部位與技術：

**運動治療**： □關節活動度運動 □伸展運動 □肌力訓練 □穩定性訓練 □協調性訓練 □平衡訓練 □有氧訓練 □其他：

具體操作方式與負荷：

**物理因子治療**： □熱療 □冷療 □超音波 □電療 □牽引 □雷射 □衝擊波 □其他：

參數設定與部位：

**功能訓練**： □姿勢訓練 □步態訓練 □移位訓練 □日常生活活動訓練 □工作模擬訓練 □運動訓練 □其他：

具體訓練內容：

**居家運動計劃**： | 運動項目 | 次數/組數 | 頻率 | 注意事項 | |———|———–|——|———| | | | | | | | | | | | | | | |

## 治療計劃監測與調整

**進展評估頻率**：□每次治療 □每週 □每兩週 □每月 □其他：

**調整指標**： □疼痛程度 □關節活動度 □肌力 □功能表現 □患者主觀感受 □特殊測試結果 □其他：

**預期挑戰與解決方案**：

## 計劃制定與溝通

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

**患者知情同意**： 本人已了解此治療計劃的目標、內容、預期效果及可能的風險，並同意執行。

**患者/監護人簽名**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 治療計劃修訂記錄

| 修訂日期 | 修訂原因 | 修訂內容 | 治療師簽名 |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## 備註