# PT-F006 患者同意書

| 文件編號 | PT-F006 | 版本 | A |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名稱 | 患者同意書 | 頁碼 | 1/1 |
| 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 |

## 物理治療知情同意書

### 患者基本資料

| 患者姓名 |  | 性別 | □男 □女 □其他 |
| --- | --- | --- | --- |
| 出生日期 | 年 月 日 | 年齡 |  |
| 身分證號碼 |  | 病歷號碼 |  |

### 診斷與治療計劃

| 主要診斷 |  |
| --- | --- |
| 治療目標 |  |
| 預計治療期程 | □短期（1-4週） □中期（1-3月） □長期（3月以上） |
| 預計治療頻率 | □每週1次 □每週2次 □每週3次 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

### 建議治療方式

請物理治療師勾選適用的治療方式並向患者說明：

□ **徒手治療**：□關節鬆動術 □關節推動術 □軟組織鬆動 □神經動力學 □肌能系貼紮 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **運動治療**：□關節活動度訓練 □肌力訓練 □平衡訓練 □協調訓練 □功能性訓練 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ **功能性訓練**：□姿勢訓練 □步態訓練 □日常活動訓練 □工作能力訓練 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **其他治療**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 治療效益說明

本治療計劃預期可能帶來的效益：

□ 緩解疼痛及不適 □ 改善關節活動度 □ 增加肌力及耐力 □ 改善平衡及協調能力 □ 恢復/增進功能性活動能力 □ 預防傷害及疾病惡化 □ 增進生活品質 □ 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 可能的風險與不適

物理治療為安全的治療方式，但仍可能出現以下風險或不適：

1. 一般性風險： □ 治療過程中可能感到短暫不適或疼痛 □ 治療後可能出現肌肉酸痛（通常24-48小時內會緩解） □ 治療部位可能出現短暫紅腫現象
2. 特定治療風險： □ 徒手治療：可能出現短暫暈眩、罕見神經或血管損傷風險 □ 電療/超音波：可能出現皮膚敏感或輕微灼熱感 □ 熱療：可能有燙傷風險，尤其是感覺異常者 □ 運動治療：可能有肌肉拉傷或關節扭傷風險 □ 其他特定風險：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 替代治療選擇

除了建議的治療方式外，您可能有以下替代選擇： □ 藥物治療 □ 其他物理治療方式 □ 休息與自我照護 □ 手術治療 □ 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 患者權利與責任

**患者權利**： 1. 您有權獲得關於治療計劃、風險和效益的完整資訊 2. 您有權提出問題並得到滿意的回答 3. 您有權拒絕任何治療項目 4. 您有權隨時終止治療 5. 您有權獲得尊重和保護隱私

**患者責任**： 1. 提供正確且完整的健康資訊 2. 依約定時間接受治療，若需取消應提前告知 3. 遵循治療師的專業建議，執行居家運動及自我照護 4. 如有任何不適或異常情況，應立即告知治療師 5. 尊重治療環境和其他患者的權益

### 知情同意聲明

我已詳細閱讀並理解以上所有資訊，且已有充分機會向物理治療師提問並獲得滿意的回答。我了解物理治療可能帶來的效益、風險及替代選擇。

本人 □同意 □不同意 接受上述的物理治療計劃。

我了解我可以隨時撤回同意並終止治療，且不會影響我未來接受治療的權利。

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

（若患者無法親自簽名）

**法定代理人/監護人簽名**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **關係**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**日期**：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 物理治療師聲明

我已向患者/代理人詳細解釋治療計劃的性質、目的、可能的效益、風險及替代選擇，並回答其所有疑問。我相信患者/代理人已充分理解所提供的資訊。

**物理治療師簽名**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **執業執照號碼**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**日期**：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**見證人簽名**（如適用）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **日期**：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日