# PT-F017 轉銜評估表

| 文件編號 | PT-F017 | 版本 | A |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名稱 | 轉銜評估表 | 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 |

## 基本資料

**患者姓名**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **性別**：□男 □女 **年齡**：\_\_\_\_\_ 歲

**病歷號碼**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **聯絡電話**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**主要診斷**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**治療開始日期**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **治療結束日期**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**主治物理治療師**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 治療概況

**治療總次數**：\_\_\_\_\_ 次

**主要治療方式**：（可複選） □ 徒手治療 □ 運動治療 □ 物理因子治療 □ 功能性訓練 □ 其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**治療目標達成情況**： □ 完全達成 □ 大部分達成 □ 部分達成 □ 未達成

## 目前功能狀態評估

**疼痛評估**：（0-10分，0=無痛，10=極度疼痛） 部位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 程度：\_\_\_\_\_ /10

**關節活動度**： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**肌力評估**： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**功能性活動能力**： □ 完全獨立 □ 需少量協助 □ 需中度協助 □ 需大量協助 □ 完全依賴

**行走能力**： □ 獨立行走 □ 使用輔具（類型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）□ 需協助行走 □ 無法行走

**平衡能力**： □ 良好 □ 輕度受損 □ 中度受損 □ 重度受損

**日常生活活動能力**： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 轉銜原因

□ 治療目標已達成，建議結案 □ 需轉介至專科醫師（科別：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □ 需轉介至其他物理治療單位（原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □ 需轉介至其他專業（□職能治療 □語言治療 □社工 □心理諮商 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □ 患者要求（原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □ 其他原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 轉銜建議

**後續治療建議**： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**居家運動建議**： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**輔具使用建議**： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**生活作息建議**： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 轉銜流程

□ 已向患者說明轉銜原因及後續建議 □ 已提供相關衛教資料 □ 已聯繫轉介單位（單位名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，聯絡人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □ 已完成轉銜相關文件 □ 已安排後續追蹤（日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）

## 執行人員

物理治療師簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

患者／家屬簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

部門主管簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_