

## 衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段  
488號

聯絡人：賴韻如

聯絡電話：(02)8590-6666 分機：7383

傳真：(02)8590-7088

電子郵件：mdyj318@mohw.gov.tw

受文者：新北市政府衛生局

發文日期：中華民國109年10月19日

發文字號：衛部醫字第1090136910號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：所詢物理治療人員執行業務製作紀錄疑義一案，復如說明  
段，請查照。

說明：

- 一、復貴局109年10月5日新北衛醫字第1091906467號函。
- 二、查物理治療師法(以下稱本法)第15條規定，物理治療師執行業務時，應製作紀錄，記載病人之姓名、性別、出生年月日、醫師之診斷、照會或醫囑，施行物理治療之情形與日期，違者依本法第36條規定論處。
- 三、再查，物理治療所設置標準第5條第6款規定略以，物理治療所之作業，其物理治療紀錄，應記載病人之姓名、性別、出生年月日、醫師之診斷、照會或醫囑；對病人每次施行物理治療之情形及日期，均逐一記載，並簽名或蓋章，違者依本法第39條規定論處。
- 四、本案請貴局依上開規定視個案事實認定。

正本：新北市政府衛生局

副本：

