物理治療評估結果建議書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目編號 | 鑑定評估  項目敘述 | | 觀察記錄欄位 | | | | |
| 一、 | 物理治療專業服務建議 | | | | | | |
| 1 | 服務頻率 | | 目前頻率： □兩週一次 □一個月一次 □兩個月一次 □一學期一次 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_  下學期建議頻率：□兩週一次 □一個月一次 □兩個月一次 □一學期一次 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □不需要（結案） | | | | |
| 2 | 專業服務  轉介 | | 目前其他專業服務：□職能治療 □語言治療□心理治療 □社會工作 □其他  下學期建議轉介其他專業： □職能治療 □語言治療□心理治療 □社會工作 □其他  □處理內容： | | | | |
| 3 | 醫療需求  轉介 | | 轉介醫院\_\_\_\_\_\_\_醫院\_\_\_\_\_\_\_科  處理內容：  □已另外填具醫療轉介單 | | | | |
| 二 | 物理治療評估結果及建議：(選填，可複選) | | | | | | |
| 評估向度 | | 評估結果 | | 訓練目標 | | 建議策略或活動 | |
| 活動執行與參與 | |  | |  | |  | |
| 功能性行走能力 | |  | |  | |  | |
| 姿勢控制與轉／移位能力 | |  | |  | |  | |
| 體適能 | |  | |  | |  | |
| 身體機能構造 | |  | |  | |  | |
| 輔具需求 | |  | |  | |  | |
| 其他 | |  | |  | |  | |
| 三、 | | 追蹤輔導注意事項：（請勾選以利學校準備） | | | | | |
| 請學校提供物理治療服務建議後之執行情形紀錄 | | 說明： | | | | | |
| 請相關人員提供轉介建議後之執行情形（含專業服務、醫療需求 | | 說明： | | | | | |
| 其他 | |  | | | | | |
| 治療師聯絡方式  姓名: | | 電話 | | | 行動電話 | |  |
| 傳真 | | | 其他 | |  |
| 電子郵件 | | |  | | |