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 |  |